

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

HOSPODÁŘSKÁ FAKULTA

Studijní program

Hospodářská politika a správa

Studijní obor

Pojišťovnictví

Zdravotní pojištění v ČR ve srovnání s vybranými státy Evropy

Health insurance in Czech Republic in comperison with some european states

DP – PO – KPO – 2007 12

MIRKA CHALUPOVÁ

Vedoucí práce: doc. Ing. Eva Ducháčková, CSc. - katedra pojišťovnictví

Konzultant: Ing. Darina Ulmanová, MBA - Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

Počet stran: 74

Počet Příloh: 0

Datum odevzdání: 11.5. 2007

PROHLÁŠENÍ

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

Datum:

Podpis:

RESUMÉ

Má diplomová práce se zaměřuje na problematiku zdravotního pojištění v České republice a porovnání českého systému s evropskými systémy zdravotního pojištění.

Z hlediska přístupu a zpracování diplomové práce je její obsah rozčleněn do čtyř kapitol. První dvě části nazvané charakteristika systému zdravotního pojištění v ČR a zdravotní pojišťovny v ČR vysvětlují jakým způsobem funguje veřejné zdravotní pojištění v ČR.

Další kapitola je zaměřena na charakterizování systémů zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech.

Závěrečná kapitola je poté věnována porovnání českého systému zdravotního pojištění s vybranými evropskými systémy.

RESUMÉ

My graduation these is focused on the question of health insurance in Czech Republic and comparison czech system with european systems of health insurance.

As for the compilation of the graduation theses the contents are dividend into four chapters. First two parts are called characteristics of the health insurance in the Czech Republic and health insurance companies in Czech Republic explain how the health insurance works.

Another chapter is focused on system description of health insurance in some european states.

Last part compares czech system of health insurance with some european systems.

KLÍČOVÁ SLOVA

pojištěnec

poskytovatel zdravotní péče

spoluúčast

veřejné zdravotní pojištění

zdravotní pojišťovna

OBSAH

RESUMÉ	5
KLÍČOVÁ SLOVA	7
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	10
ÚVOD	11
1. Charakteristika systému zdravotního pojištění v ČR	13
1.1. Pojištěnec	14
1.2. Platby zdravotního pojištění	17
1.2.1. Osoby samostatně výdělečně činné	17
1.2.2. Zaměstnavatelé	17
1.2.3. Osoby bez zdanitelných příjmů	18
1.2.4. Stát	18
1.2.5. Penále	19
1.3. Poskytovatelé zdravotní péče	20
1.4. Zdravotní pojišťovny	20
1.5. Stát	21
2. Zdravotní pojišťovny ČR	21
2.1. Historie	21
2.2. Současnost	23
2.3. Fungování zdravotních pojišťoven	28
2.4. Orgány zdravotních pojišťoven	29
2.5. Organizační struktura zdravotních pojišťoven	30
3. Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech	36
3.1. Finsko	36
3.2. Francie	37
3.3. Itálie	38
3.4. Lucembursko	39
3.5. Německo	40
3.6. Rakousko	42
3.7. Španělsko	43

3.8. Švédsko	44
3.9. Velká Británie	45
4. Porovnání zdravotních systémů	46
4.1. Postavení Čechů v evropských systémech zdravotního pojištění	46
4.1.1. Finsko	50
4.1.2. Francie	52
4.1.3. Itálie	53
4.1.4. Lucembursko	53
4.1.5. Německo	54
4.1.6. Rakousko	55
4.1.7. Španělsko	56
4.1.8. Švédsko	57
4.1.9. Velká Británie	58
4.1.10. Celkové porovnání	59
4.2. Výše úhrad na zdravotním pojištění	62
4.3. Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP	65
4.4. Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování	66
4.5. Dopady na ekonomiku České republiky	67
REFORMA NAVRHOVANÁ MINISTREM	
ZDRAVOTNICTVÍ	69
VLASTNÍ NÁVRHY	70
ZÁVĚR	71
PODĚKOVÁNÍ	73
SEZNAM LITERATURY	74

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

atd.	a tak dále
ČNZP	Česká národní zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
EHIC	evropský průkaz zdravotního pojištění
HDP	hrubý domácí produkt
HZP	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
např.	například
OBZP	osoba bez zdanitelných příjmů
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
RBP	Revírní bratrská pokladna
tzn.	to znamená
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
ZP MA	Zdravotní pojišťovna METAL – ALIANCE
ZP MV	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

ÚVOD

V současné době patří mezi nejdiskutovanější témata návrh reformy veřejných financí tak, jak je představila nynější vláda. Jednou z oblastí, ve které by mělo dojít k zásadním změnám, je oblast zdravotnictví. Protože předložené návrhy se bezprostředně dotýkají prakticky každého z nás, není divu, že vzbudily obrovský ohlas široké veřejnosti. Vzhledem k tomu, že mým studijním oborem je oblast pojišťovnictví, a tedy i zdravotní pojištění, rozhodla jsem se zaměřit na tuto oblast svou diplomovou práci.

Svou diplomovou práci jsem rozčlenila na čtyři základní kapitoly:

První z nich je věnována českému systému zdravotního pojištění dle příslušných obecně závazných právních norem. Jsou zde uvedena jak práva, tak i povinnosti pojištěnců, vznik a zánik zdravotního pojištění, systém plateb a jejich výběru.

Druhá kapitola se zabývá zdravotními pojišťovnami v České republice, jejich historií, strukturou, fungováním a povinnostmi v rámci veřejného zdravotního pojištění včetně jejich porovnání podle počtu pojištěnců.

Třetí část je orientována na charakteristiku systémů zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech – Finsko, Francie, Itálie, Lucembursko, Německo, Rakousko, Španělsko, Švédsko a Velká Británie.

V poslední, čtvrté kapitole je provedeno porovnání systému českého zdravotního pojištění se systémy zemích uvedených v předcházející kapitole. Nejprve jsem se zaměřila na postavení českého občana v rámci zahraničních systémů včetně jeho práv a povinností. Dále jsem provedla porovnání jednotlivých zemí z hlediska výše úhrad pojistného, výdajů na zdravotnictví na celkovém hrubém domácím produktu a výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování.

Samostatnou částí diplomové práce jsou základní informace o předkládaných návrzích reformy zdravotnictví včetně mého komentáře, hodnocení a vlastních návrhů řešení, které by přispěly k lepšímu fungování celého systému zdravotnictví.

Cílem mé diplomové práce je jednak zhodnocení českého systému zdravotního pojištění s ohledem na fungování obdobných systémů v zahraničí, jednak navržení možného zefektivnění systému veřejného zdravotního pojištění.

1. Charakteristika systému zdravotního pojištění v ČR

Zdravotní pojištění v České republice je upraveno dvěma hlavními zákony. Zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a dále zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Při charakteristice systému zdravotního pojištění budu tedy čerpat z těchto zákonů.

V systému veřejného zdravotního pojištění uplatňují své zájmy tři subjekty: občan neboli **pojištěnec**, **poskytovatel zdravotní péče** a **zdravotní pojišťovna**. Svou nezastupitelnou pozici zde má stát.

Účelem zdravotního pojištění je částečné či plné hrazení zdravotní péče poskytované prostřednictvím již zmíněných poskytovatelů, která dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění zahrnuje:

- léčebnou péči (jak ambulantní, tak i ústavní);
- pohotovostní a záchrannou službu;
- preventivní péči;
- odběr tkání či orgánů, které jsou určeny k transplantaci;
- poskytování léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků;
- lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách;
- závodní preventivní péči;
- dopravu nemocných a náhradu cestovních výdajů;
- dopravu dárce do místa odběru;
- posudkovou činnost;
- prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu.

Existují také zdravotní úkony, jež nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění (např. akupunktura, ortodontické konzultace, atd.). Jejich podrobný seznam nalezneme v příloze č. 1 k zákonu č. 48/1997 Sb.

Zdravotní pojištění je podle výše uvedených zákonů povinné pouze pro osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky a dále pro osoby, jež nemají trvalý pobyt na našem území, ale jsou zaměstnáni u zaměstnavatele se sídlem v České republice.

Existují také osoby, pro něž povinnost mít zdravotní pojištění, neplatí. Patří sem např. osoby, které nemají trvalý pobyt na území České republiky a pracují pro zaměstnavatele s diplomatickými výhodami a imunitou apod.

vznik a zánik veřejného zdravotního pojištění

- **vznik:** narozením u osoby s trvalým pobytem na území České republiky;
dnem nástupu do zaměstnání k zaměstnavateli se sídlem na území České republiky;
získáním trvalého pobytu na území České republiky.
- **zánik:** úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého;
ukončením zaměstnání na území České republiky;
ukončením trvalého pobytu na území České republiky.

1.1. Pojištěnec

Pojištěnec má v systému zdravotního pojištění určitá práva. Mezi ně patří:

a) právo na výběr zdravotní pojišťovny

Každý pojištěnec si může vybrat pojišťovnu, u které chce být pojištěn. Kromě toho má právo jednou za 12 měsíců zdravotní pojišťovnu změnit. Pokud však pojišťovna vstoupí do likvidace, může být tato lhůta kratší.

Práva na výběr zdravotní pojišťovny nelze využít při narození dítěte, jelikož se stává pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u níž je zaregistrována jeho matka.

b) právo na výběr lékaře

Pojištěnci mají právo zvolit si lékaře nebo jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví, pokud je ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Toto právo lze uplatnit jednou za tři měsíce.

c) právo na výběr dopravní služby

Opět však musí být splněna podmínka smluvního vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

d) právo na zdravotní péči bez přímé úhrady

Pokud byla pojištěnci poskytnuta zdravotní péče v souladu se zákonem, nesmí lékař či jiné zdravotnické zařízení přijmout od pojištěnce žádnou úhradu.

e) právo na výdej léčivých přípravků bez přímé úhrady

Toto právo se vztahuje na léčivé přípravky, jež jsou hrazeny ze zdravotního pojištění.

f) právo podílet se na kontrole

Pojištěnci mají právo podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče, která je plně či částečně hrazena zdravotním pojištěním.

Každý pojištěnec má kromě svých práv ve zdravotním pojištění také určité povinnosti. Mezi ně patří např.:

a) oznamovací povinnost

Rozlišujeme oznamovací povinnost pro: zaměstnavatele, zaměstnance, osobu samostatně výdělečně činnou (OSVČ).

Zaměstnavatel podle zákona má povinnost neprodleně oznámit příslušné zdravotní pojišťovně:

- nástup zaměstnance do zaměstnání a jeho ukončení;
- změnu zdravotní pojišťovny zaměstnance;

- skutečnosti, které jsou rozhodné pro povinnost státu platit za zaměstnance pojistné.

Zaměstnanec je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně výše zmíněné skutečnosti, pokud zjistí, že tak neučinil jeho zaměstnavatel. Dále má tuto povinnost v případě, že svému zaměstnavateli tyto skutečnosti neoznámil.

Pojištěnec, jenž je OSVČ, má podle zákona v příslušné lhůtě povinnost oznámit zahájení a ukončení samostatné výdělečné činnosti příslušné pojišťovně.

b) povinnost sdělit svému zaměstnavateli, u které pojišťovny je pojištěn

Zaměstnanec je povinen v den nástupu do zaměstnání sdělit zaměstnavateli tuto skutečnost. Jak již bylo uvedeno výše, má dále zaměstnanec povinnost nahlásit zaměstnavateli změnu zdravotní pojišťovny. Pokud tak neučiní nebo danou skutečnost oznámí opožděně, má zaměstnavatel právo na úhradu penále, které by v takovémto případě zaplatil.

c) povinnost hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné

Tato povinnost se netýká pojištěnců, kteří jsou dlouhodobě v cizině a jsou tam zdravotně pojištěni. Musí však o dané skutečnosti informovat příslušnou zdravotní pojišťovnu.

d) povinnost podrobit se na vyzvání preventivním zdravotním prohlídkám

e) povinnost vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví

f) povinnost prokazovat se platným průkazem pojištěnce při poskytování zdravotní péče

Další povinnosti pojištěnců týkající se např. změny zdravotní pojišťovny či průkazu pojištěnce, nalezneme v zákoně o veřejném zdravotním pojištění.

1.2. Platby zdravotního pojištění

Výše plateb pojistného na zdravotní pojištění se liší u osob samostatně výdělečně činných, zaměstnavatelů, osob bez zdanitelných příjmů a států. Nyní se zaměřím na charakteristiku jednotlivých skupin plátců pojistného.

1.2.1. Osoby samostatně výdělečně činné

Za osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) se považují:

- osoby podnikající v zemědělství;
- osoby provozující živnost;
- osoby provozující podnikání;
- osoby vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost na základě autorskoprávních vztahů.

OSVČ si platí pojistné na zdravotní pojištění formou měsíčních záloh na účet zdravotní pojišťovny. Záloha je splatná od prvního dne kalendářního měsíce, na který se platí, do osmého dne následujícího kalendářního měsíce.

Minimální měsíční záloha na pojistné činí 1 360 Kč. Tato částka vychází z vyměřovacího základu, který je 50% průměrné měsíční mzdy v České republice za uplynulý rok.

Tabulka č.1: Porovnání absolutních částek s rokem 2006

Rok	Vyměřovací základ	Měsíční záloha
2007	10 069,50 Kč	1 360 Kč
2006	9 417,50 Kč	1 272 Kč

1.2.2. Zaměstnavatelé

Za zaměstnance, kteří jsou v pracovním poměru, platí pojistné zaměstnavatel. Výše pojistného činí 13,5% z vyměřovacího základu. Zaměstnanec hradí 1/3 (4,5%) a

zaměstnavatel 2/3 (9%). Vyměřovacím základem je v tomto případě úhrn příjmů, které zaměstnavatel zúčtoval zaměstnanci v souvislosti s výkonem zaměstnání.

Opět je zde stanovena minimální měsíční platba pojistného, která činí 1 080 Kč. Dále zákon stanovuje minimální vyměřovací základ na 8 000 Kč, což je zároveň minimální měsíční mzda zaměstnanců.

Tabulka č.2: Porovnání absolutních částek s rokem 2006

Rok	Vyměřovací základ	Měsíční pojistné
2007	8 000 Kč	1 080 Kč
2006	7 955 Kč	1 074 Kč

1.2.3. Osoby bez zdanitelných příjmů

Osobou bez zdanitelných příjmů (OBZP) se rozumí osoba, která má trvalý pobyt na území České republiky, není po celý kalendářní měsíc zaměstnána, nevykonává samostatnou výdělečnou činnost jako OSVČ a není za ni plátcem pojistného stát.

OBZP je povinna za celý tento kalendářní měsíc platit pojistné, které činí 1 080 Kč. Vyměřovacím základem je zde opět minimální měsíční mzda, tedy 8 000 Kč.

Tabulka č.3: Porovnání absolutních částek s rokem 2006

Rok	Vyměřovací základ	Měsíční pojistné
2007	8 000 Kč	1 080 Kč
2006	7 955 Kč	1 074 Kč

1.2.4. Stát

Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za tyto pojištěnce:

- nezaopatřené děti;
- osoby požívající důchod z důchodového pojištění;

- příjemce rodičovského příspěvku;
- ženy na mateřské a rodičovské dovolené;
- uchazeče o zaměstnání;
- osoby pobírající dávky sociální péče;
- osoby převážně nebo úplně bezmocné;
- osoby ve vazbě nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody;
- osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňují další podmínky pro jeho přiznání;
- osoby celodenně osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku;
- mladistvé umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy;
- osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu;
- cizince, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území České republiky za účelem poskytnutí dočasné ochrany;
- osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované;
- osoby, které jsou středně či těžce závislé na péči jiné osoby, a osoby o ně pečující.

Výše měsíčního pojistného za tyto osoby činí 680 Kč. Vyměřovacím základem pro pojistné hrazené státem je 25% průměrné měsíční mzdy. Minimální vyměřovací základ tak činí 5 035 Kč.

Tabulka č.4: Porovnání absolutních částek s rokem 2006

Rok	Vyměřovací základ	Měsíční pojistné
2007	5 035 Kč	680 Kč
2006	4 709 Kč	636 Kč

1.2.5. Penále

Povinnost platit pojistné na zdravotní pojištění je dána ze zákona. Pokud však není tato povinnost dodržena, zdravotní pojišťovny účtují tzv. penále. Jde o případy, kdy:

- není pojistné zapláceno ve stanovené lhůtě;
- pojistné je zapláceno v nižší částce;
- pojistné je uhrazeno na jiný účet.

Výše penále činí v tomto roce 0,05% z dlužné částky za každý kalendářní den, pro který nastala jedna z výše uvedených situací.

1.3. Poskytovatelé zdravotní péče

Poskytovatelé zdravotní péče jsou veškerá zdravotnická zařízení (státní i privátní). Jejich úkolem je zajistit kvalitní, dostupnou a efektivní zdravotní péči pro pojištěnce. Podle typu poskytované zdravotní péče rozdělujeme poskytovatele následovně:

- praktičtí lékaři;
- ambulantní specialisté;
- lůžková péče;
- rehabilitace;
- diagnostická a komplementární péče;
- dopravní zdravotní péče;
- domácí péče;
- lázně;
- léky a prostředky zdravotní techniky.

1.4. Zdravotní pojišťovny

Základní funkcí zdravotních pojišťoven v systému zdravotního pojištění je zprostředkování kvalitní a také dostupné péče pro své pojištěnce.

Na podrobnější charakteristiku zdravotních pojišťoven se zaměřím v bodě č.2 Zdravotní pojišťovny.

1.5. Stát

Jak již bylo řečeno v úvodu práce, svou nezastupitelnou pozici má v rámci zdravotního pojištění také stát. Jeho vliv se projevuje zejména v následujících oblastech:

- zdravotní péče;
- léková politika;
- legislativa.

V rámci zdravotní péče patří k hlavním úkolům státu analýza zdravotního stavu obyvatelstva, stavu životního prostředí a také analýza pracovního prostředí. To vše má sloužit jako podklady pro tvorbu zdravotní politiky. Kromě toho stát také vymezuje rozsah zdravotní péče, jež je povinně hrazena ze zdravotního pojištění. Dále má stát povinnost dohlížet nad kvalitou a odbornou úrovní poskytované zdravotní péče.

Co se týká lékové politiky, úloha státu zde spočívá v kontrole léčiv, regulaci cen léčiv, garanci klinického zkoušení léků, zdravotnického materiálu a nových léčebných postupů.

Hlavní úkol státu se však týká legislativy. Má povinnost připravovat a předkládat návrhy zákonů Parlamentu České republiky a zároveň kontrolovat dodržování těchto zákonů. Dále sem patří kontrola dodržování bezpečnostních předpisů pro poskytovatele zdravotní péče.

Kromě výše uvedených oblastí stát má vliv na vzdělávání a výzkum, podporu spolupráce s mezinárodními organizacemi atd. Je tedy zřejmé, že jeho role v rámci zdravotního pojištění je opravdu nezastupitelná.

2. Zdravotní pojišťovny ČR

2.1. Historie

Počátek systému zdravotního pojištění se datuje do roku 1887, kdy byl přijat zákon o povinném úrazovém pojištění. Toto pojištění se vztahovalo na dělníky, kteří pracovali v podnicích či provozech s velkým rizikem úrazu. Zpočátku zahrnovalo pouze pracovní úrazy, které se staly uvnitř podniku a byly v přímé souvislosti s činností, která byla pracovníkovi přikázána. Teprve později byly prohlášeny za pracovní i takové úrazy, které se staly na cestě do práce a při činnosti mimo podnik, kterou dělníkovi nařídil zaměstnavatel. Dělník, který po úraze zůstal neschopným práce, měl nárok na důchod ve výši 2/3 svého výdělku, kterého dosáhl v posledním roce před úrazem. Pokud dělník následkem úrazu zemřel, vdova pobírala důchod ve výši 20% a dítě 15% jeho výdělku.

O rok později byl přijat zákon o povinném nemocenském pojištění dělnictva. Pojištění byli pro případ nemoci zaměstnanci průmyslu, živností a obchodu. V případě nemoci měli po dobu 26 týdnů zajištěnou bezplatnou ambulantní či nemocniční péči a léky. Dále dostávali nemocenskou podporu ve výši 60% obvyklé mzdy. Toto pojištění se nevztahovalo na zemědělské a lesní dělníky a na nezaměstnané.

Zákon z roku 1888 také zřídil nové instituce – okresní nemocenské pokladny. Pokladny byly spravovány představenstvem, které z 2/3 tvořili zástupci pojištěnců a z 1/3 zástupci zaměstnavatelů. Kromě okresních nemocenských pokladen existovaly ještě léčebné fondy a nemocenské pojišťovny, které sdružovaly střední a vyšší vrstvu obyvatelstva. Poskytovaly daleko lepší služby, umožňovaly volbu lékaře i účtování léčivých přípravků dle soukromých sazeb.

Dalším významným rokem v historii zdravotního pojištění byl rok 1919, kdy byly přijaty zákony, které rozšiřovaly pojistnou povinnost na rodinné příslušníky přímých pojištěnců a dále pak na všechny pracující za mzdu. To se nově týkalo především zemědělských a lesních dělníků.

Zákon z roku 1924 rozšiřoval nárok na nemocenské ošetřování a dávky na 52 týdnů nemoci. V tomto roce se také nemocenské pokladny přejmenovaly na pojišťovny. Zaměstnanci a zaměstnavatelé platili pojišťovnám finanční částku, která se pohybovala mezi 5 a 6% průměrné mzdy. Dělnické pojištění se podle výše příjmu pojištěnce

rozdělilo na 10 tříd. Pojištěnec a jeho rodinní příslušníci měli nárok na bezplatnou ambulantní či nemocniční péči, léky a léčivé přípravky. V případě nemoci pojištěnec pobíral nemocenské dávky ve výši 60% průměrné mzdy. Práva a povinnosti pojištěnce určovaly stanovy příslušné pojišťovny.

Ve 30. letech 20. století existovalo zhruba 300 pojišťoven, které hradily svým pojištěncům běžnou zdravotní péči, jež byla poskytována smluvními soukromými lékaři a veřejnými nemocnicemi.

V polovině 20. století došlo ke sjednocení nemocenského a zdravotního pojištění do jednoho systému, který byl povinný pro všechny občany. Dále vznikla jediná pojišťovna – Ústřední národní pojišťovna, která hradila veškerou zdravotní péči. Pojistné, které se pohybovalo kolem 6,8 %, bylo odváděno zaměstnavatelem.

O několik let později byla výše uvedená Ústřední pojišťovna zrušena a její povinnosti převzal stát. Ten také garantoval bezplatnou zdravotní péči, jež byla financována z daní.

2.2. Současnost

Systém tzv. veřejného zdravotního pojištění byl zaveden až v roce 1992, kdy byla zahájena činnost Všeobecné zdravotní pojišťovny dle zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně. U této pojišťovny byli povinně pojištěni všichni občané České republiky.

O rok později, tedy v roce 1993, vstupují do systému zdravotního pojištění i další subjekty – podnikové či zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, které se řídí Zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. V současné době existují tyto zdravotní pojišťovny:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (VZP);
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (VoZP);
- Hutnická zaměstnanecká pojišťovna (HZP);

- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP);
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ);
- Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR (ZP MV);
- Revírní bratrská pokladna (RBP);
- Zdravotní pojišťovna METAL – ALIANCE (ZP MA);
- Česká národní zdravotní pojišťovna (ČNZP).

Tabulka č.5: Počet pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven

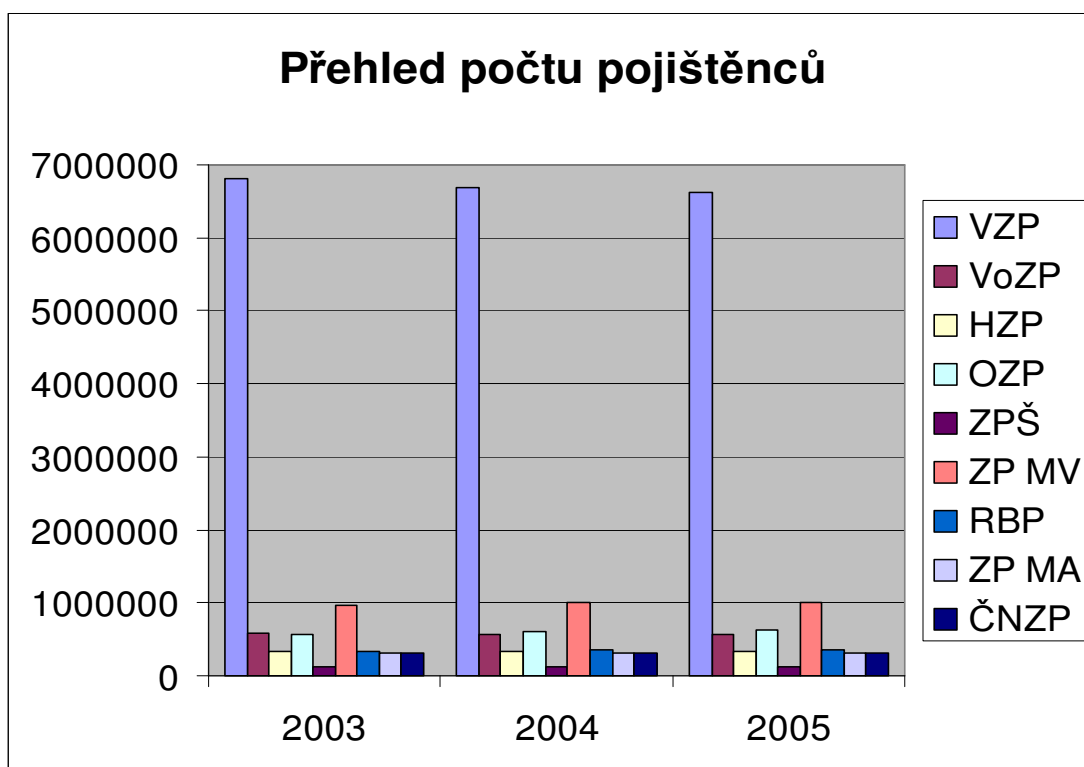
Pojišťovna	31.12. 2003	31.12. 2004	31.12. 2005
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	6 801 230	6 680 790	6 617 714
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	577 648	574 807	567 585
Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	332 953	335 317	339 107
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	557 793	607 301	628 210
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	122 771	126 273	127 391
Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR	968 632	1 011 317	1 014 370
Revírní bratrská pokladna	329 314	345 925	353 145
Zdravotní pojišťovna METAL - ALIANCE	304 110	314 315	323 622

Česká národní zdravotní pojišťovna	306 907	308 467	310 788
Celkem pojištěnců	10 301 358	10 304 512	10 281 932

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven

V tabulce č.1 je uveden počet pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven v letech 2003, 2004 a 2005. Počet pojištěnců je vztažen vždy k poslednímu dnu daného roku. Jak je vidět z uvedených údajů, největší podíl na trhu zdravotního pojištění má Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Pro větší přehlednost jsou uvedené údaje zpracovány do následujícího grafu.

Graf č.1: Počet pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven



Zdroj: Údaje z tabulky č.5

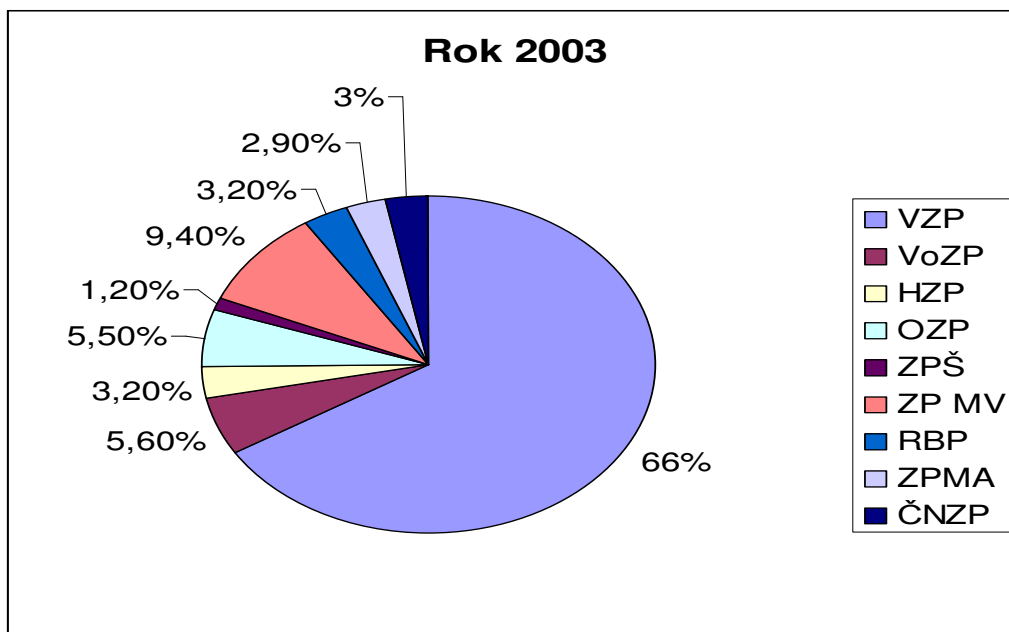
Údaje uvedené v tabulce č.5 jsem převedla na procentuální zastoupení jednotlivých pojišťoven na trhu. Konkrétní hodnoty jsou zaokrouhleny na jedno desetinné místo.

Tabulka č.6: Počet pojištěnců v %

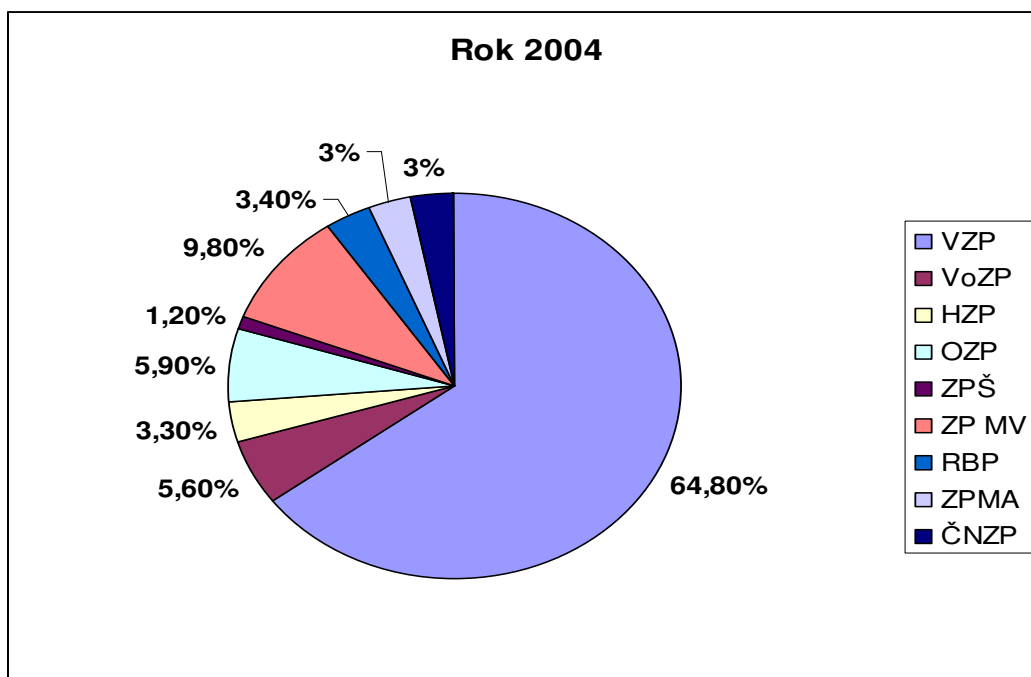
Pojišťovna	2003	2004	2005
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	66%	64,8%	64,4%
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	5,6%	5,6%	5,5%
Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	3,2%	3,3%	3,3%
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	5,5%	5,9%	6,1%
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	1,2%	1,2%	1,3%
Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR	9,4%	9,8%	9,8%
Revírní bratrská pokladna	3,2%	3,4%	3,4%
Zdravotní pojišťovna METAL - ALIANCE	2,9%	3%	3,1%
Česká národní zdravotní pojišťovna	3%	3%	3%

Výše uvedené údaje jsou pro větší názornost opět znázorněny do grafů. Na grafu č.2 vidíme kolik procent pojistného trhu připadá jednotlivým pojišťovnám v roce 2003. Graf č.3 a 4 znázorňuje tuto situaci pro roky 2004 a 2005.

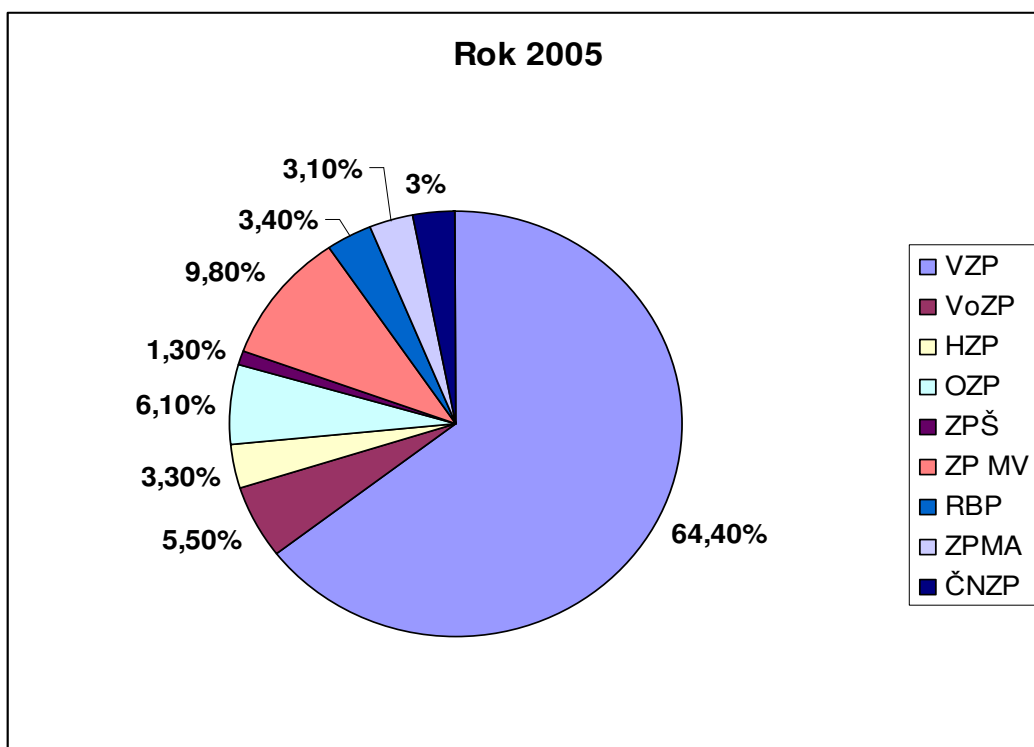
Graf č.2: Počet pojištěnců v roce 2003 (v %)



Graf č.3: Počet pojištěnců v roce 2004 (v %)



Graf č.4: Počet pojištěnců v roce 2005 (v%)



Jak je vidět na grafech, počet pojištěnců Všeobecné zdravotní pojišťovny v průběhu let 2003 – 2005 klesá. V porovnání se zbývajících pojišťovnami je však tento pokles nepatrný. Všeobecná zdravotní pojišťovna stále tedy zaujímá na trhu se zdravotním pojištěním výsadní postavení. Důvodem této skutečnosti je, dle mého názoru, fakt, že Všeobecná zdravotní pojišťovna působí na trhu nejdéle a tudíž má velkou důvěryhodnost ze strany občanů.

2.3. Fungování zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy se zdravotnickými zařízeními. V nich je uveden rozsah péče, jež je plně či částečně hrazena zdravotním pojištěním. Pokud je tedy pojištěnci poskytnuta péče ve zdravotnickém zařízení, s nímž má zdravotní pojišťovna smlouvu, jsou náklady na péči hrazeny ze zdravotního pojištění.

Základní funkcí zdravotních pojišťoven je tedy zprostředkování kvalitní a dostupné péče pro své pojištěnce. Kromě toho provádějí kontrolu poskytované péče jak v jejím

objemu, tak i v kvalitě. Dále dbají na dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení.

Zdravotní pojišťovny mají také povinnost zdarma vystavit svým pojištěncům průkaz nebo jiný náhradní doklad. Pokud jde o osoby nezletilé či osoby nezpůsobilé k právním úkonům, jsou tyto průkazy vydávány zákonným zástupcům.

2.4. Orgány zdravotních pojišťoven

V rámci zdravotních pojišťoven působí tyto orgány:

- Ředitel;
- Správní rada;
- Dozorčí rada;
- Rozhodčí orgán.

Ředitel jako statutární orgán pojišťovny je oprávněn jednat jejím jménem ve všech věcech. Dále má právo v mimořádných případech jmenovat písemně svého odborného zástupce z řad zaměstnanců. Jeho činnost zejména zahrnuje:

- řízení pojišťovny v souladu s obecně platnými právními předpisy a rozhodnutí správní rady;
- jmenování a odvolávání jemu podřízených vedoucích pracovníků;
- předkládání návrhu organizačního řádu pojišťovny dozorčí a správní radě;
- účast na jednání dozorčí a správní rady s poradním hlasem;
- předkládání materiálů k projednání v dozorčí a správní radě.

Správní rada je vrcholným řídicím orgánem zdravotní pojišťovny. Má pravomoc rozhodovat o zásadních otázkách týkajících se zdravotní pojišťovny. Působnost a složení Správní rady je stanovena právními předpisy.

Dozorčí rada je kontrolním orgánem zdravotní pojišťovny. Pravomoc Dozorčí rady spočívá v dohlížení nad hospodařením pojišťovny. Provádí zejména tyto činnosti:

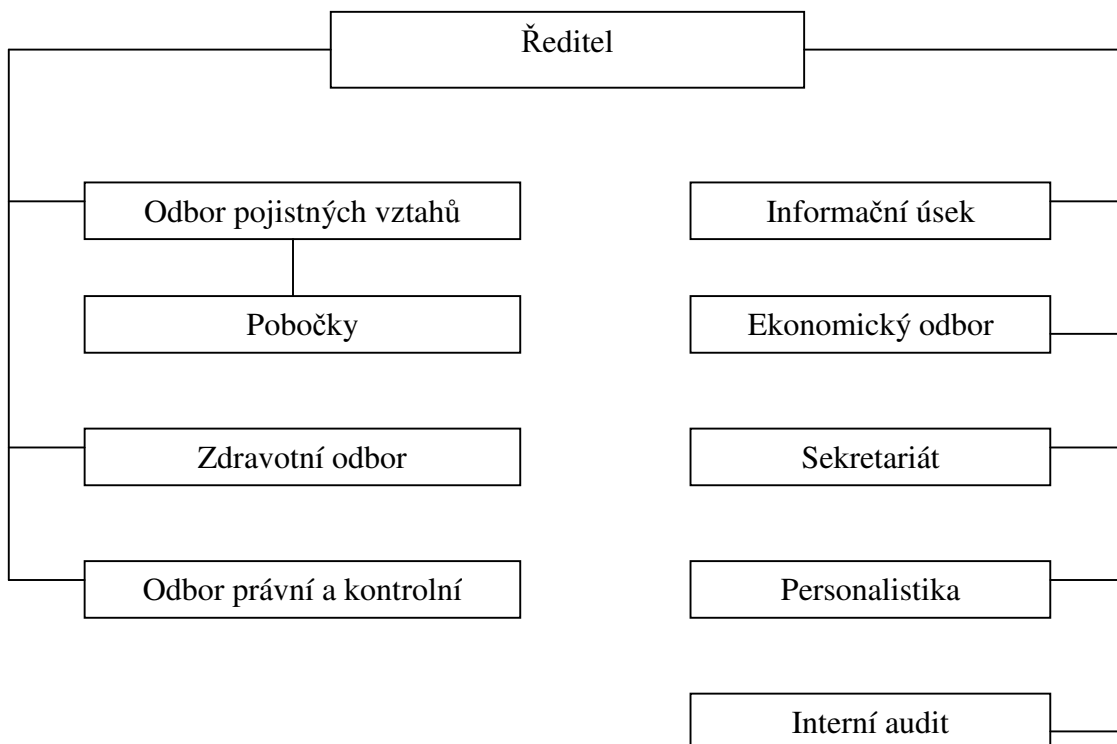
- dohlíží na dodržování platných právních předpisů a vnitřních předpisů pojišťovny;
- kontroluje plnění schváleného pojistného plánu a o výsledku kontroly podává zprávy správní radě;
- projednává zprávu o výsledcích hospodaření, účetní závěrku po jejich ověření auditorem, zdravotně pojistný plán a výroční zprávu o činnosti pojišťovny se svým stanoviskem je předkládá správní radě.

Rozhodčí orgán je odvolacím orgánem zdravotní pojišťovny. Jeho působnost a složení je stanovena právními předpisy.

2.5. Organizační struktura zdravotních pojišťoven

I když je uspořádání jednotlivých zdravotních pojišťoven v České republice rozdílné, zabezpečují svými úseky či odbory identické činnosti. Jeden z příkladů organizačního uspořádání zdravotní pojišťovny je uveden na obrázku č.1.

Obrázek č. 1 :Organizační uspořádání zdravotní pojišťovny



Jak je znázorněno na obrázku č. 1 každá pojišťovna je složena z několika odborů. Nyní se zaměřím na to, jaké činnosti jednotlivé odbory provozují.

Sekretariát

- organizování a administrativní práce související s funkcí ředitele pojišťovny;
- organizování a administrativní zabezpečení zasedání Správní rady, Dozorčí rady,
- Rozhodčího orgánu a porad ředitele pojišťovny včetně kontroly úkolů a protokolu;
- vedení souhrnné evidence stížností;
- sledování tiskových zpráv o pojišťovně a o zdravotním pojištění;
- zabezpečování propagačních materiálů pro prezentaci pojišťovny a vedení jejich evidence;
- zodpovědnost za archivaci spisů, dokladů a dat na úseku ředitele;
- zajišťování mediálních aktivit pojišťovny včetně tiskových materiálů;
- zabezpečování včasnosti a správnosti toku informací uvnitř i vně pojišťovny včetně Internetu a Intranetu;
- koordinace bezpečnostní problematiky pojišťovny, plánování, vývoje a modifikování bezpečnosti a problematiky řízení rizik pojišťovny;
- zpracování zásadních materiálů pojišťovny a některých koncepčních materiálů Svazu zdravotních pojišťoven;
- provádění analýz dle potřeb ředitele či jiných odborných útvarů;
- zajišťování cizojazyčných služeb.

Interní audit

- výkon interního auditu;
- sledování a evidence opatření přijatých v souvislosti s výkonem interního auditu;
- vypracování souhrnných ročních zpráv o výsledku interního auditu;
- zajišťování součinnosti v oblasti styku s externími kontrolními orgány;
- vedení souhrnné evidence vnitřních organizačních norem.

Personalistika

- zajišťování personální a mzdové agendy;
- realizace personální politiky včetně vzdělávání;
- zabezpečování preventivní péče o zaměstnance;
- zajišťování dohledu nad bezpečností práce a ochranou zdraví.

Právní a kontrolní odbor

⇒ právní

- zajišťování právní agendy;
- zastupování pojišťovny při soudních jednáních a jednáních před státními či jinými orgány;
- vymáhání pohledávek soudní cestou a pomocí soudních exekutorů;
- zpracování základních právních dokumentů pojišťovny;
- poskytování právních porad zaměstnancům pojišťovny potřebných pro výkon jejich funkcí;
- tvorba a archivace smluv;
- zodpovědnost za archivaci spisů, dokladů, smluv a dat odboru;
- tvorba a aktualizace vnitřních organizačních norem v rámci působnosti odboru.

⇒ kontrolní

- kontrola plateb pojistného;
- vyměřování pohledávek za plátcí pojistného;
- zpracování přehledů o příjmech a výdajích OSVČ;
- urgence nedodaných přehledů plateb pojistného OSVČ;
- koordinace činnosti poboček v oblasti kontroly plateb pojistného.

Odbor pojistných vztahů

- zodpovědnost za archivaci spisů, dokladů a dat odboru;
- tvorba a aktualizace vnitřních organizačních norem v rámci působnosti odboru;
- správa registru pojištěnců;
- provádění poradenské činnosti pro pojištěnce;

- registrace nových pojištěnců, vydávání průkazů pojištěnce;
- potvrzování příslušnosti pojištěnce k pojišťovně;
- provádění poradenské činnosti pro cizí státní příslušníky;
- provádění pokladních operací;
- zprostředkování komerčního pojištění.

Pobočky pojišťovny

- provádění odborné, poradenské, kontrolní a evidenční činnosti v příslušném
- rozsahu, zejména v souvislosti s registrem pojištěnců a péči o klienta;
- provádění pokladních operací;
- zajišťování kontaktu se zdravotnickými zařízeními i plátcí pojistného v rámci území spravovaného pobočkou;
- kontrola plateb pojistného.

Ekonomický odbor

- zajišťování komplexního zpracování účetnictví;
- sestavování předepsaných statistických výkazů za vedené agendy, provádění analýz;
- zpracování měsíční a roční účetní závěrky dle platné osnovy a postupu účtování;
- koordinace spolupráce s auditorem;
- zabezpečení daňových záležitostí pojišťovny;
- metodická spolupráce s odbornými útvary a pobočkami v oblasti účetních evidencí a předpisů;
- zajišťování vstupu dalších účetních agend, vedených samostatně do účetnictví, stanovení kontrolních mechanismů převodů;
- vypracování výroční zprávy a zdravotně pojistného plánu v ekonomických ukazatelích;
- provádění periodických rozborů a vyhodnocení hospodaření pojišťovny;
- provádění provozních pokladních operací;
- spolupráce na přípravě smluvních ujednání se zdravotnickými zařízeními z hlediska ekonomicky vyrovnaného hospodaření;

- zodpovědnost za archivaci spisů, účetních dokladů a dat odboru;
- tvorba a aktualizace vnitřních organizačních norem v rámci působnosti odboru.

Zdravotní odbor

- dohled na odbornou a hospodárnou úroveň poskytování zdravotní péče pojištěncům;
- analýzy trendů nákladovosti zdravotní péče, včetně návrhů na opatření;
- organizace preventivní péče pro pojištěnce a vypracování a projednávání programů pro zlepšení zdravotní péče;
- vedení evidence, vyřizování a sledování stížností pojištěnců na zdravotnická zařízení;
- spolupráce se zaměstnavateli v oblasti pracovní medicíny;
- zpracování prognóz a strategií v oblasti úhrad za zdravotní péči a revizní činnosti;
- organizování odborné metodické, poradenské, přednáškové a preventivně výchovné činnosti ve vztahu k pojištěncům a zdravotnickým zařízením;
- zodpovědnost za archivaci spisů, dokladů a dat odboru;
- tvorba a aktualizace vnitřních organizačních norem v rámci působnosti odboru;
- provádění revizní a kontrolní činnosti zdravotnických zařízení v oblasti zdravotní péče;
- spolupodílení se na přípravě smluvních ujednání se zdravotnickými zařízeními;
- sledování a schvalování požadavků na mimořádnou zdravotní péči nebo na péči podmíněnou souhlasem revizního lékaře pro pojištěnce;
- schvalování a příprava podkladů pro úhradu zdravotní péče zdravotnickými zařízeními v souladu s mezinárodním právem;
- zabezpečování lázeňské a ozdravenské péče pro pojištěnce;
- organizování šetření spokojenosti pojištěnců;
- šetření kvality a dostupnosti zdravotní péče;
- evidence a správa zdravotnických prostředků v majetku pojišťovny;
- kontrola léčiv a zdravotnických prostředků předepisovaných na recept či poukaz;

- evidence a vyřizování žádank na mimořádnou zdravotní péči nebo na péči podmíněnou souhlasem revizního lékaře.

Informační úsek

- organizační zajišťování průběhu pracovních činností a pracovních postupů;
- spolupodílení se na koordinaci tvorby vnitřních organizačních norem;
- zabezpečení realizace bezpečnostní politiky do vnitřních norem pojišťovny;
- vytvoření a administrace modelu systému managementu jakosti založeného na procesech a spoluúčastech při ověřování shody s příslušnými předpisy;
- zodpovědnost za archivaci spisů, dokladů a dat odboru;
- zabezpečování poradenské a školicí činnosti v informační technologii;
- zpracování pokynů pro jednotlivé odbory pojišťovny v oblasti výpočetní techniky a pro jednotlivé smluvní partnery v otázkách datové komunikace s informačním systémem;
- tvorba a aktualizace vnitřních organizačních norem v rámci působnosti odboru;
- zajišťování provozu a správy informačního systému pojišťovny z pohledu technického i programového;
- organizace optimálního využití informačního systému v neinteraktivním režimu;
- zabezpečování aktuálních verzí používaných katalogů;
- zálohování a ochrana dat v systému;
- zodpovědnost za integritu dat;
- zajištění zapracování nových právních a účetních předpisů do programového vybavení pojišťovny;
- správa vnitřního informačního systému a komunikačního systému pojišťovny – Intranetu;
- komunikace s Centrálním registrem pojištěnců a Informačním centrem zdravotního pojištění a registrem státem hrazených pojištěnců;
- příprava analýz zdravotní péče jako podkladu pro smluvní jednání se zdravotnickými zařízeními;
- příprava analýz a rozborů v oblasti plateb pojistného;
- vytváření podkladů pro statistickou a analytickou činnost;

- zpracování podkladů pro uplatňování regulací;
- vývoj informačního systému pro praktické lékaře;
- zajišťování elektronického bankovního styku a elektronické komunikace s partnery pojišťovny;
- dohled na správný chod zúčtování;
- provádění analýz a realizace specifických programových produktů pro vnitřní potřebu;
- integrace činnosti do systému.

Tato část mé práce byla zaměřena na organizaci a fungování zdravotních pojišťoven. Hlavní pozornost byla věnována činnostem jednotlivých odborů. Jelikož je toto téma obsáhlé, uvedla jsem, dle mého názoru, ty nejpodstatnější činnosti.

3. Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech

V této kapitole se zaměřím na charakteristiku systémů zdravotního pojištění v některých evropských státech.

3.1. Finsko

Za sociální a zdravotní politiku ve Finsku odpovídá Ministerstvo sociálních věcí a zdraví. Zajištění služeb zdravotní péče mají na starost jednotlivá města a obce, kde rozhodují městské nebo obecní rady. Města či obce musí být členem některé nemocniční oblasti, kterých je ve Finsku celkem 20. Za výběr pojistného na národní zdravotní pojištění odpovídá InSTITUTE sociálního pojištění.

Finance na pokrytí nákladů zdravotní péče jsou získávány z daní (60%), národního zdravotního pojištění (15%) a spoluúčasti pacienta (25%). Ze zdravotního pojištění jsou pacientům propláceny náklady zejména na léky, převozní náklady, soukromá zdravotní péče, zaměstnanecká péče a rehabilitace.

Výše spoluúčasti pacientů na zdravotním pojištění je stanovována Institutem zdravotního pojištění a správou jednotlivých nemocničních oblastí. Ze spoluúčasti nejsou vyjmuty sociálně slabé skupiny obyvatel. Ty musí o prostředky žádat v rámci sociálního systému.

Primární zdravotní péči zajišťují ve Finsku zdravotnická střediska. Pacient je přiřazen k lékaři podle obvodu, ve kterém bydlí. Pokud pacient potřebuje specializovanou či nemocniční péči, musí mít doporučení od svého praktického lékaře.

Sekundární a terciární péče se provádí v nemocnicích ambulantně nebo hospitalizací. Nemocnice jsou ve vlastnictví zdravotnických oblastí. Soukromá zdravotní péče není zatím příliš rozvinuta.

3.2. Francie

Systém zdravotní péče ve Francii je založen na dvou základních principech – všeobecném povinném zdravotním pojištění a svobodné volbě zdravotní péče bez doporučení lékaře.

Systém národního povinného zdravotního pojištění spravuje Národní zdravotní pojišťovna. Ta má ve Francii 16 regionálních a 128 primárních pokladen. Jejími pojištěnci jsou zaměstnanci a jejich rodinní příslušníci. Pro ostatní skupiny osob jsou zřízeny specializované pojišťovny jako jsou:

- zdravotní pojišťovna pro zemědělce, pracovníky v zemědělství a jejich rodinné příslušníky;
- zdravotní pojišťovna pro nezávislé profesionály.

Výše příspěvku na zdravotní pojištění u zaměstnanců se odvozuje od výše jejich platu. Zaměstnanec odvádí 6,8% a zaměstnavatel 13,6%. Pokud však osoba nedosahuje určitého ročního příjmu, nemá povinnost platit pojistné.

Pokud jde o svobodnou volbu zdravotní péče, tak spočívá v tom, že pacient se může rozhodnout navštívit specialistu nebo nemocnici bez doporučení svého lékaře. Pacient však musí hradit výkony lékařů v hotovosti. Pojišťovna mu následně část těchto výdajů proplatí.

Ve Francii existují 2 skupiny lékařů podle toho, jak dodržují všeobecné dohody:

- lékaři, kteří dodržují všeobecně stanovené limity cen zdravotní péče;
- lékaři, kteří za poskytnutou zdravotní péči vyžadují vyšší poplatky.

Pojišťovna však proplácí pouze 70% z částky, kterou by pacient zaplatil u lékařů dodržujících stanovené limity. Problém vyšších poplatků za zdravotní péči se týká převážně velkých měst, kde pouze málo lékařů dodržuje všeobecnou dohodu.

Nemocniční péči zajišťují veřejné a soukromé nemocnice. Pacienti platí za pobyt v nemocnici určitou paušální sazbu, která však není hrazena z povinného zdravotního pojištění. Zbytek nákladů na poskytnutou zdravotní péči ve veřejných nemocnicích hradí pojišťovna a to ve výši 80%.

Pro francouzský systém je charakteristická vysoká spoluúčast pacienta, proto velká část obyvatel má uzavřené doplňkové zdravotní pojištění. To poskytují soukromé pojišťovací instituce. Pokud má pacient sjednané doplňkové pojištění, tak v převážné většině případu jsou náklady na zdravotní péči kryty v celé výši.

3.3. Itálie

Systém zdravotní péče v Itálii je založen na třech úrovních :

- národní;
- regionální;
- místní.

Národní úroveň zahrnuje základní principy národního zdravotního systému. Zdravotní péče poskytovaná prostřednictvím regionálních zdravotních odborů spadá do regionální úrovně. Do místní úrovně spadá poskytování zdravotní péče přes místní zdravotní střediska, veřejné nemocnice a soukromé nemocnice. Zdravotní střediska zajišťují primární a sekundární péči.

Praktičtí lékaři mají uzavřenou smlouvu s regionálními zdravotními úřady. Jsou placeni kapitačními platbami podle účtu pacientů. Pacient má možnost vybrat si svého praktického lékaře, pokud počet pacientů u lékaře nepřekročí stanovenou hranici.

Specializovanou ambulantní péči poskytují místní zdravotnická střediska nebo pracoviště, která mají s místními zdravotnickými středisky uzavřenou smlouvu.

Co se týká nemocnic, tak jsou veřejné, soukromé s kontraktem nebo soukromé bez kontraktu. Pacient má možnost volby nemocnice, do které se chce jít léčit.

Zdravotní systém je financován z daní z příjmu, které jdou do národního rozpočtu. Dále z daní, které jdou do regionálních rozpočtů, a v poslední řadě ze spoluúčasti pacientů.

Pacienti se podílí na platbách za diagnostická vyšetření, léky a návštěvy u specialistů. Soukromé zdravotnické služby a volně prodejné léky si pacienti hradí v plné výši. Ostatní léky pacient hradí až do 50% výše ceny.

Občané mají možnost uzavřít si doplňkové připojištění u některé soukromé pojišťovny. Toto pojištění slouží k plnému krytí zdravotní péče.

3.4. Lucembursko

Základní principy zdravotního pojištění jsou volný výběr poskytovatele zdravotní péče, zdravotní pojišťovny, povinné zdravotní pojištění a povinnost poskytovatele poskytnout zdravotní péči za stanovených podmínek. Výkonným úřadem veřejného

zdravotnictví je Zdravotní direktorát, který spadá pod ministerstvo zdravotnictví. Povinné zdravotní pojištění spravuje Unie nemocničních fondů.

Zdravotní péče je v Lucembursku financována zákonným povinným pojištěním (80%), daněmi (12%), spoluúčastí pacientů (6%) a soukromým pojištěním (2%).

Povinné zdravotní pojištění slouží ke krytí lékařské a zubní péče, léčení u specialistů na základě předpisu, laboratorní analýzy, většiny zubních a ortopedických protéz, léků, standardního pobytu v nemocnici, ambulantních a nemocničních nákladů, rekonvalescentní péče a nákladů na transport.

V rámci primární péče existuje svobodná volba lékaře a neexistují žádná omezení v rozsahu poskytování zdravotní péče u praktických lékařů a zubařů. Primární péči poskytují převážně praktičtí lékaři v soukromých praxích. Pacient má možnost navštívit specialistu bez jakéhokoli omezení. Avšak za poskytnutou péči je povinen zaplatit v hotovosti dle všeobecného sazebníku. Tato částka je mu následně proplacena jeho nemocničním fondem.

Nemocniční péči poskytuje v Lucembursku 13 nemocnic, které spadají buď pod místní správu, nebo pod neziskové organizace.

3.5. Německo

Výchozím právním dokumentem je Zákon o sociálním zabezpečení, který společně s návaznými zákonnými normami stanoví základní předpisy a schémata sociálního zabezpečení.

Hlavními subjekty systému zdravotního pojištění jsou nemocniční pokladny, které proplácejí poskytovanou zdravotní péči. Mají právo zvýšit příspěvek, pokud to vyžaduje krytí nákladů zdravotní péče. Jejich hlavním cílem je vyjednat jménem svých pojištěnců ceny, rozsah a kvalitu hrazené péče s poskytovateli. V některých případech je nutné, aby nemocniční fond předložil odborný posudek o nezbytnosti léčby od Lékařské

posudkové komise. Toto povolení je nutné např. pro preventivní lázeňskou léčbu, rehabilitaci a krátkodobou ošetrovatelskou domácí péči.

Každý občan má právo si vybrat nemocniční pokladnu, u které bude pojištěn. Maximálně jednou ročně ho může měnit. Německé nemocniční pokladny jsou:

- všeobecné regionální pokladny;
- náhradní pokladny;
- podnikové pokladny;
- cechovní pokladny;
- zemědělské pokladny;
- pokladna pro horníky;
- pokladna pro námořníky.

Financování nemocničních pokladen je založeno na tom, že výše příspěvků musí odpovídat výši vynaložených nákladů. Příspěvky povinného zdravotního pojištění placené nemocničním pokladnám jsou hlavním zdrojem financování zdravotní péče v Německu. Do těchto pokladen musí přispívat zaměstnanci, jejichž hrubý příjem nepřesahuje určitou stanovenou hranici. OSVČ a ti, co mají příjmy nižší než je daná částka, jsou z povinného zdravotního pojištění vyloučeni a uzavírají soukromé zdravotní pojištění. Příspěvky do nemocničních pokladen jsou rozděleny stejným dílem mezi pojištěnce a jeho zaměstnavatele, tzn. pokud příspěvek činí 13,99 %, tak pojištěnec zaplatí 6,995 % a to samé platí i zaměstnavatel. Povinnost platit pojistné se nevztahuje pouze na pojištěnce, ale také na nezaopatřené osoby, které jsou na něm závislé – manželka v domácnosti, děti - , pokud jejich měsíční příjem nebyl vyšší než stanovená částka. Za důchodce a nezaměstnané osoby platí pojistné příslušný státní fond.

Z povinného pojištění je hrazen základní balíček zdravotní péče, který obsahuje preventivní péči, vyšetření, léčbu a převoz pacienta.

Pokud jde o spoluúčast pacientů na zdravotní péči, tak jednotlivé doplatky pacientů jsou limitovány zákony. Jde zejména o děti, studenty, sociálně slabé osoby a chronicky

nemocné pacienty. V rámci spoluúčasti pacienti doplácí převážně na léky, ordinační poplatky, doplatek ceny transportu a denní poplatek při pobytu v nemocnici.

Posledním bodem o Německém zdravotním systému je soukromé zdravotní pojištění. Toto pojištění má dva aspekty. Jednak slouží ke krytí pro část populace, která nespadá do povinného zákonného zdravotního pojištění, dále pak slouží jako doplňkové připojištění. Doplňkové pojištění se zaměřuje na oblasti, které nehradí nemocniční fondy.

3.6. Rakousko

Právním dokumentem, který upravuje systém sociálního pojištění v Rakousku, je zákon o všeobecném sociálním zabezpečení. Sociální pojištění je odděleno od zbytku zdravotnictví a zahrnuje zdravotní pojištění, penzijní pojištění a pojištění pracovních úrazů.

V Rakousku funguje 25 pojišťovacích fondů. Mezi nimi neexistuje konkurence, jelikož vše je dáno zákonem. Pojišťovací fondy jsou:

- penzijní fond pro dělníky a kancelářské pracovníky;
- všeobecná pojišťovna pro zaměstnance;
- 9 regionálních fondů zdravotního pojištění;
- všeobecný fond pojištění pracovních úrazů;
- fond zdravotního pojištění a pojištění pracovních úrazů pro pracovníky ve státní službě;
- pojišťovací fond pro horníky;
- pojišťovací fond pro železničáře;
- 2 fondy sociálního pojištění pro OSVČ a zemědělce;
- 8 zaměstnaneckých fondů zdravotního pojištění.

Pojištěnec si může vybrat svého všeobecného lékaře nebo specialistu, nikoli však pojišťovací fond.

Příspěvek na zdravotní pojištění se pohybuje mezi 6,4 – 9,1% ze základu stanoveného dle výše příjmů. Jednu polovinu hradí pojištěnec a druhou polovinu zaměstnavatel. Sociálně – zdravotní pojištění kraje primární zdravotní péči, léky a zdravotnickou techniku, zubní léčbu, nemocniční léčbu, domácí péči, dávky v nemoci a mateřství, rehabilitaci, ochranu zdraví a prevenci, lázně, diagnostiku, převozní a cestovní náklady.

Primární péče je zajišťována nezávislými soukromými lékaři. Většina z nich má uzavřenou smlouvu s některým z pojišťovacích fondů. Každý pacient má právo změnit lékaře a to maximálně jednou za čtvrtletí. Ke změně je potřeba souhlasu fondu.

Sekundární a terciární péče je zajišťována na specializovaných klinikách a v nemocnicích.

Co se týká spoluúčasti pacienta, tak v současné době činí zhruba 25% nákladů zdravotní péče. V rámci primární péče jde o poukazy, které si pojištěnec koupí a které ho opravňují k návštěvě smluvního lékaře podle svého výběru. Platnost takovýchto poukazek je 3 měsíce. Spoluúčast je běžně vyžadována u zubních lékařů, nesmluvních lékařů, terapeutů, psychologů atd.

V rámci doplňkového soukromého zdravotního pojištění jsou kryty náklady na zdravotní péči, která není hrazena povinným zdravotním pojištěním. Dále toto doplňkové pojištění slouží k hrazení nákladů za nadstandardní péči. Soukromé zdravotní pojištění nabízejí ziskové pojišťovací společnosti. Podmínky a výše pojistného se u jednotlivých společností liší.

3.7. Španělsko

Výchozím právním dokumentem je zákon o všeobecné zdravotní péči. Výkonným orgánem veřejného zdravotnictví je Národní institut zdraví, který spadá pod Ministerstvo zdravotnictví a veřejných záležitostí. Veřejné zdravotnictví je financováno z všeobecných daní.

Každý kraj ve Španělsku je rozdělen na několik zdravotních oblastí s jednotlivými obvody. V každém z těchto obvodů je zdravotní středisko.

Za poskytování primární péče odpovídá správa zdravotní oblasti. Primární péči poskytují praktičtí lékaři zejména ve zdravotnických střediscích. Další činnost, za kterou odpovídá správa zdravotní oblasti, je specializovaná ambulantní péče poskytovaná speciálními ambulancemi nebo veřejnými nemocnicemi. Tuto péči poskytují specialisté.

Každá osoba, která je zaměstnána ve Španělsku a spadá do zdravotního systému, má nárok na bezplatnou zdravotní péči. Do bezplatné péče ale nespadá péče dentální, která není hrazena vůbec. Dále se pacient podílí na hrazení léků a to až do 40% výše ceny. Bezplatná péče také nezahrnuje specializovanou péči a soukromou ambulantní či nemocniční péči.

Co se týká doplňkového soukromého pojištění, tak se ve Španělsku příliš nevyužívá. Tímto pojištěním je kryto zhruba 10% populace. Využívá se hlavně ve velkých městech. Slouží především ke krytí dentální péče.

3.8. Švédsko

Zdravotní systém ve Švédsku má 3 úrovně:

- národní;
- okresní;
- místní.

Odpovědnost za zdravotní péči leží na 21 okresních radách. Každá rada spravuje několik oblastí a je odpovědná za poskytování veškerých služeb zdravotní péče. Poskytovatelé zdravotní péče musí mít smlouvu s okresní radou. Pokud smlouvu nemá, pacient hradí u tohoto poskytovatele zdravotní péči v plné výši.

Zdravotní péče je financována z daní a následných plateb státu do systému, zdravotního pojištění, spoluúčasti pacienta a soukromého pojištění. Výše spoluúčasti

pacienta se liší v jednotlivých okresech podle rozhodnutí okresní rady. Pokud pacient čeká u lékaře na konzultaci déle než 30 minut (někde 45 minut), tak neplatí žádnou spoluúčast.

Výsadní postavení ve švédském zdravotním systému má Národní společnost švédských lékařů. Je jediným vlastníkem všech lékáren ve Švédsku.

Primární zdravotní péče je ve Švédsku zajišťována zdravotními středisky nebo nemocnicemi. Pacient si může zvolit poskytovatele primární péče, ale pouze ve svém okrese. Na to, aby mu byla poskytnuta zdravotní péče v jiném okrese potřebuje doporučení od svého lékaře.

3.9. Velká Británie

Výchozím právním dokumentem pro veřejné zdravotnictví je tzv. White paper, který společně se zákonem o zdraví z roku 1999 upravuje podmínky pro poskytování zdravotní péče. Veřejné zdravotnictví vykonávají národní zdravotní služby. Je jich zhruba 100 a odpovídají za nasmlouvání zdravotní péče s poskytovateli a také za její proplacení. Veřejné zdravotnictví je financováno hlavně z daní a zákonného pojistného. Slouží ke krytí zdravotní péče a sociálních dávek.

Pojistné je placeno osobami, jejichž příjem překračuje 344 liber měsíčně. Existují 4 třídy příspěvků:

- první příspěvková třída platí pro zaměstnance a příspěvek je strháván z jejich hrubé mzdy zaměstnavatelem; zaměstnanec hradí 11% a zaměstnavatel 12,8%;
- druhá třída příspěvků je pro osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ), pokud zisk dosáhne určité hranice;
- třetí příspěvková třída je určena pro dobrovolné pojištění nezaměstnaných;
- čtvrtá příspěvková třída je pro OSVČ a příspěvek se vypočítá z výše jejich zisku; tento příspěvek je placen společně s daní z příjmu na konci zdaňovacího období a činí 8%.

K doplňkovým zdrojům financování zdravotní péče patří spoluúčast a soukromé pojištění. Spoluúčast je nezbytná zejména v nemocnicích za nadstandardní pokoje a dále u některé běžné zdravotní péče. Ze spoluúčasti jsou vyjmuty děti do 16 let, staří lidé, osoby s nízkými příjmy atd. Pokud jde o soukromé zdravotní pojištění, tak existují 2 základní formy – zaměstnavatelské a individuální. Soukromým pojištěním je kryto zhruba 11% populace spíše z vyšších příjmových vrstev. Je používáno zejména ke krytí nehrazené zdravotní péče.

Právo na zdravotní péči poskytovanou veřejným zdravotnictvím mají všechny osoby trvale bydlící ve Velké Británii. Odpovědnost za dostupnou zdravotní péči – primární, sekundární, terciární – mají zdravotní úřady. Jejich povinností je zajistit, aby v příslušném regionu fungovala lékařská péče na přijatelné úrovni dle požadavků místní populace.

Primární zdravotní péče je zajišťována praktickými lékaři. Pacient má možnost si vybrat svého lékaře, ale jeho výběr je omezen místem bydliště.

Sekundární a terciární zdravotní péči zajišťují nemocnice.

4. Porovnání zdravotních systémů

4.1. Postavení Čechů v evropských systémech zdravotního pojištění

V této části se zaměřím na porovnání systémů zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech z pohledu českého občana. Jaké má povinnosti v zahraničí a jaká práva mu plynou ze zdravotního pojištění v příslušném státě.

Před vycestováním do zahraničí je nutné si u své zdravotní pojišťovny vyzvednout evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC). Ten je platný ve všech státech Evropské unie. Při jeho předložení má pojištěnec jednoho členského státu nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči s přihlédnutím k povaze a očekávané délce pobytu v jiném

členském státě. Vzor evropského průkazu zdravotního pojištění je znázorněn na následujícím obrázku.

Obrázek č.2: Evropský průkaz zdravotního pojištění

EVROPSKÝ PRŮKAZ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

CZ

3 Příjmení	NOVÁK		
4 Jméno	JAN		
5 Datum narození	01/12/1950	6 Číslo pojištěnce	5012019999
		7 Kód ZP	11191 - VZP
8 Číslo průkazu	80205111910000000001		9 Platnost do
			31/12/2006

Zdroj: www.cmu.cz

Český občan s evropským průkazem zdravotního pojištění má ve státech Evropské unie stejné podmínky pro čerpání zdravotní péče jako místní občan v rámci povinného zdravotního pojištění. To znamená, že se může nechat ošetřit ve zdravotnických zařízeních, která jsou financována z veřejných zdrojů. Avšak za poskytnutou péči bude také hradit stejnou spoluúčast, jako místní.

Pokud není vydání evropského průkazu zdravotního pojištění z nějakého důvodu možné, je nezbytné si nechat vystavit potvrzení dočasně nahrazující evropský průkaz zdravotního pojištění. Jeho vzor je znázorněn na následujícím obrázku.

Obrázek č.3: Potvrzení dočasně nahrazující evropský průkaz zdravotního pojištění

**CERTIFICATE PROVISIONALLY REPLACING THE EUROPEAN HEALTH
INSURANCE CARD**

*as defined in Annex 2 to Decision No 190 of 18 June 2003
concerning the technical specifications of the European health insurance card*

Form identifier

Issuing Member State

1. E -

2.

Card holder-related information

3. Name:

4. Given names:

5. Date of birth:

6. Personal identification No:

Competent institution-related information

7. Identification number of the institution:

Card related information

8. Identification No of the card:

9. Expiry date:

Certificate validity period

Certificate delivery date

(a) From:

(c)

(b) To:

Signature and stamp of the institution

(d)

Notes and information

All norms applicable to the eye-readable data included in the European card and related to the description, values, length and remarks of the data fields, are applicable to the certificate.

Zdroj: www.cmu.cz

komerční zdravotní pojištění

Jak již bylo uvedeno, zdravotní pojištění pokrývá v zahraničí jen výdaje za poskytnutou nezbytnou zdravotní péči. Nehradí se např. transport do domácí země, repatriace ostatků či péče poskytnuta ve zdravotnických zařízeních, které jsou soukromé a nejsou součástí tamního systému zdravotního pojištění. Z tohoto důvodu je výhodné uzavřít při cestování do zahraničí komerční zdravotní pojištění. V níže uvedené tabulce jsou uvedeny výhody a nevýhody povinného zdravotního pojištění v porovnání s komerčním pojištěním.

Tabulka č.7: Porovnání povinného zdravotního pojištění s komerčním pojištěním

	Povinné zdravotní pojištění	Komerční pojištění
Výhody	<ul style="list-style-type: none">• časově neomezené;• není omezeno částkou plnění;• zpravidla nehraje roli příčina úrazu;• není podstatné, zda se pojištěnec již dříve na stejnou nemoc léčil;• lékař má povinnost přistupovat k pacientovi, který předloží evropský průkaz zdravotního pojištění stejně jako k místnímu pojištěnci.	<ul style="list-style-type: none">• asistenční služba;• hradí náklady na spoluúčast;• hradí náklady na péči v privátních zařízeních;• hradí náklady na převoz do České republiky a repatriaci ostatků.
Nevýhody	<ul style="list-style-type: none">• nutnost hrazení spoluúčasti;• nároky lze plně uplatnit pouze ve zdravotnických zařízeních napojených na místní systém veřejného zdravotního pojištění;• není hrazen převoz do České	<ul style="list-style-type: none">• časově omezené;• většinou omezeno částkou maximálního plnění;• pokud není sjednána zvláštní pojistka, nárok může být omezen pouze na onemocnění či úraz

	republiky ani repatriace ostatků; <ul style="list-style-type: none"> • stejné povinnosti a omezení, jaká mají místní pojištěnci. 	z obecných příčin; <ul style="list-style-type: none"> • může se vztahovat pouze na onemocnění, na které se pacient v České republice předtím neléčil; • lékař není povinen přistupovat k pojištěnci, který předložil pouze doklad o komerčním pojištění, stejně jako k místnímu pojištěnci; • lékař může vždy vyžadovat přímou platbu.
--	---	--

Zdroj: www.cmu.cz

Povinné zdravotní pojištění má sice celou řadu výhod, ale přesto si myslím, že při cestě či delším pobytu v zahraničí, je vhodné uzavřít i komerční pojištění. Pokud dojde k vážnější nehodě, jsou náklady na speciální péči velmi vysoké a bez komerčního pojištění je musí občan České republiky hradit sám.

Komerční zdravotní pojištění se v České republice, oproti ostatním zemím Evropské unie, příliš nevyužívá. Je určeno převážně pro cizince, kteří nemohou být pojištěni ze zákona. Pokud se týká využití komerčního zdravotního pojištění českými občany, slouží ke krytí nákladů nad rámec veřejného zdravotního pojištění zejména v nadstandardní péči a prvenci popř. dávek v nemoci.

Nyní se zaměřím na postavení občana České republiky ve vybraných evropských státech.

4.1.1. Finsko

lékařské ošetření

Při každém ošetření je nutné předložit evropský průkaz zdravotního pojištění. To platí pro všechny dále uvedené země. Pokud nastane situace, že bude potřeba lékařského

ošetření, je nezbytné vyhledat nejbližší veřejné zdravotnické zařízení nebo praktického lékaře. Zde bude požadována platba spoluúčasti.

V případě ošetření u soukromého lékaře nebo stomatologa, je nezbytné uhradit péči v plné výši.

nemocniční péče

Doporučení do nemocnice vystavuje ošetřující lékař. V akutních případech je možné se obrátit přímo na nemocnici. Opět je nutné předložit evropský průkaz zdravotního pojištění.

léky

Léky pacient obdrží v lékárně na základě receptu, který mu vystaví lékař. Recept má 2 části – vrchní a spodní díl. Vrchní díl si ponechá lékárna, spodní díl je pro pacienta. Ten ho poté předloží na pobočce finské správy sociálního zabezpečení s žádostí o úhradu nákladů.

spoluúčast

- 11 – 22 EUR za lékařské ošetření, v případě poskytnutí péče mimo ordinální hodiny až 15 EUR;
- 35 EUR za stomatologickou péči pro starší 18 let;
- 26 EUR/den za nemocniční péči, osoby mladší 18 let tuto částku platí maximálně 7 dní;
- 22 EUR za vyšetření na poliklinice;
- 72 EUR za ambulantní chirurgický zákrok;
- 10 EUR za léky.

Přibližný kurz: 1 EUR = 28 Kč

úhrada nákladů za platby v hotovosti

S žádostí o úhradu nákladů je potřeba se obrátit na pobočku finské instituce sociálního zabezpečení. Zde po předložení účtů za platby v hotovosti má pojištěnec nárok na:

- 60% sazby v případě ošetření soukromým lékařem;

- až 60% z pevně stanovené maximální výše nákladů za stomatologické ošetření soukromým lékařem;
- 42% nákladů po odečtení povinné spoluúčasti 10 EUR v případě léků; u některých léků je to 72 – 100% po odečtení povinné spoluúčasti 5 EUR.

Pokud pojištěnec nemohl pobočku navštívit, budou mu náklady proplaceny po předložení účtů jeho zdravotní pojišťovnou. Náklady budou proplaceny do výše, kterou by uhradila finská instituce.

4.1.2. Francie

lékařské ošetření

Každé ošetření ve zdravotnickém zařízení nebo u lékaře je nutné uhradit v hotovosti. Lékař následně vystaví potvrzení o ošetření.

nemocniční péče

Doporučení k hospitalizaci vystavuje lékař. V akutním případě je možné se obrátit přímo na nemocnici s evropským průkazem zdravotního pojištění.

V tomto případě pojištěnec nemusí v hotovosti hradit nic, kromě předepsané spoluúčasti.

léky

Léky jsou poskytovány v lékárnách na základě receptu, který vystaví lékař. Je nutné opět léky uhradit v hotovosti a následně zažádat o úhradu nákladů. Ve Francii existují 2 typy léků – s etiketou (oranžovou, modrou a bílou) a bez etikety. Pokud jsou pojištěnci předepsány léky s etiketou, je nutné tuto etiketu přilepit do potvrzení o ošetření.

spoluúčast

- 30% nákladů + 1 EUR za výkon při lékařském vyšetření;
- 40% nákladů + 1 EUR za výkon při laboratorních testech;
- 85% nákladů za léky s oranžovou etiketou;
- 65% nákladů za léky s modrou etiketou;

- 35% nákladů za léky s bílou etiketou;
- 35% nákladů za léky bez etikety;
- 20% nákladů nebo 15 EUR/den za nemocniční péči.

úhrada nákladů za platby v hotovosti

Žádost o úhradu nákladů je nutné předložit na pobočce místního nositele zdravotního pojištění společně s potvrzením o ošetření, evropským průkazem zdravotního pojištění a účtem za ošetření. Jelikož úhrada nebude poskytnuta na místě, je nutné spolu se žádostí uvést číslo svého bankovního účtu, případně adresu, na kterou má být úhrada zaslána.

4.1.3. Itálie

lékařské ošetření

Při návštěvě nutno předložit evropský průkaz zdravotního pojištění.

nemocniční péče

Ošetřující lékař doporučí hospitalizaci nebo je možné se obrátit v akutních případech přímo na nemocnici.

léky

V lékárnách na recept, který vystaví lékař. Nutno předložit evropský průkaz zdravotního pojištění.

spoluúčast

- 36,15 EUR za lékařské ošetření;
- až 100% za léky.

úhrada nákladů za platby v hotovosti

Pokud bylo z nějakého důvodu nutné zaplatit péči v hotovosti, je potřeba si uschovat originály účtu. Po návratu do České republiky se účty předloží na pobočku příslušné zdravotní pojišťovny a ta proplatí náklady do výše, kterou by uhradila italská strana.

4.1.4. Lucembursko

lékařské ošetření

V případě potřeby vyhledat smluvního lékaře. Pacient si léčbu nejprve uhradí sám a následně mu bude v Lucembursku nebo v České republice poskytnuta náhrada.

nemocniční péče

Hospitalizaci doporučuje lékař. V akutních případech je možnost obracet se přímo na nemocniční pohotovost. Nemocniční léčba je po předložení evropského zdravotního průkazu zdarma, kromě spoluúčasti.

léky

Léky jsou vydávány v lékárně na recept, který vystaví lékař. Nutno opět předložit evropský průkaz zdravotního pojištění. Léky si pacient nejprve hradí sám a poté mu je poskytnuta náhrada.

spoluúčast

- 20% nejnižší sazby za první návštěvu lékaře doma, každá další návštěva v období 28 dnů 10%;
- 10% za lékařské ošetření v ordinaci;
- 42,73 EUR ročně + 5% za výkon za stomatologické ošetření;
- 20% za léky na normální ošetření;
- 60% za léky na odborné léčení;
- 0% za důležité léky;
- 11,45 EUR/den za hospitalizaci.

úhrada nákladů za platby v hotovosti

Po zaplacení péče nebo léků je potřeba se obrátit na pobočku místní zaměstnanecké pokladny a předložit evropský průkaz zdravotního pojištění.

Pokud nelze poskytnout náhradu na místě, je možné se po návratu do České republiky obrátit na svou zdravotní pojišťovnu. V tomto případě je nutné předložit originály dokladů o zaplacení.

4.1.5. Německo

lékařské ošetření

Lze se obrátit přímo na lékaře, bez předchozího kontaktování nemocenské pokladny. U lékaře je nutné při ošetření podepsat tzv. prohlášení pacienta o tom, že nevycestoval do Německa za účelem čerpání péče.

nemocniční péče

Hospitalizaci doporučuje ošetřující lékař. V akutních případech se lze obrátit přímo na nemocnici.

léky

Léky se vyzvedávají v lékárnách po předložení receptu, který vystavil lékař.

spoluúčast

- 10 EUR lékaři/zubnímu lékaři za čtvrtletí za lékařské/zubařské ošetření, neplatí se další spoluúčast v daném čtvrtletí, i když je pacient doporučen k jinému lékaři;
- 10% ceny za léky a obvazový materiál, minimální spoluúčast je 5 EUR a maximální 10 EUR;
- 10% ceny za léčebné prostředky + 10 EUR za předpis;
- 10 EUR/den po dobu maximálně 28 dnů v kalendářním roce za nemocniční péči;
- osoby do 18 let nehradí žádnou spoluúčast za léky, obvazové materiály, léčebné prostředky a nemocniční ošetření;
- léky, obvazové materiály nebo léčebné prostředky předepsané k léčení symptomů souvisejících s těhotenstvím jsou také bez spoluúčasti.

úhrada nákladů za platby v hotovosti

Pokud bylo nutné z nějakého důvodu zaplatit za péči v hotovosti, je potřeba uschovat originály účtů a ty následně předložit příslušné zdravotní pojišťovně v České republice.

4.1.6. Rakousko

lékařské ošetření

Lékaře je možné navštívit bez předchozího kontaktování nemocenské pokladny. Je nutné při ošetření podepsat tzv. prohlášení pacienta o tom, že nevystoupil do Rakouska za účelem čerpání péče.

nemocniční péče

Hospitalizaci doporučuje ošetřující lékař. V akutních případech se pacient obrací přímo na nemocnici.

léky

Lékař vystaví recept, za který po předložení v lékárně obdrží pacient léky.

spoluúčast

- 4,60 EUR za položku na receptu;
- 10 EUR/den při hospitalizaci, 10 – 15 EUR/den pro rodinné příslušníky;
- 10% nákladů, minimálně však 25 EUR za zdravotnické prostředky (minimálně 75 EUR za brýle a kontaktní čočky).

úhrada nákladů za platby v hotovosti

Opět v případě, že bylo nutné platit v hotovosti, je nutné uschovat originály účtů. Příslušná zdravotní pojišťovna v České republice je následně proplatí do výše, kterou by uhradila rakouská nemocenská pokladna.

4.1.7. Španělsko

lékařské ošetření

V případě potřeby se pojištěnec obrací přímo na zdravotnická zařízení – poradenská, ambulance, zdravotnická centra a nemocnice.

Pokud jde o ošetření u zubního lékaře, náklady ve většině případu si pacient hradí sám.

nemocniční péče

V případě vážného onemocnění hospitalizaci doporučuje ošetřující lékař. Při příjmu do nemocnice je nutné se prokázat evropským průkazem zdravotního pojištění a průkazem totožnosti.

Jestliže jde o akutní případ, je možné se obrátit přímo na nemocnici.

léky

Léky pacient obdrží v lékárně na recept, který vystaví lékař.

spoluúčast

- 40% za léky, kromě důchodců.

úhrada nákladů za platby v hotovosti

Stejně jako v případě předchozích států, při platbě v hotovosti je potřeba uschovat originály účtů a ty pak předložit u své zdravotní pojišťovny.

4.1.8. Švédsko

lékařské ošetření

Provádí nejbližší ambulance, nemocnice nebo smluvní lékař. Stomatologické ošetření si pacient hradí sám.

nemocniční péče

Pokud jde o závažné onemocnění, obrátit se přímo na nemocnici a předložit evropský průkaz zdravotního pojištění.

léky

V lékárnách na recept, který vystaví lékař.

spoluúčast

- 100 – 300 SEK za lékařské ošetření;
- 250 Sek za ambulantní akutní ošetření;
- 100% za léky do 900 SEK;

- 10 – 50%, maximálně 1800 SEK/rok za léky v ceně 900 – 4300 SEK;
- 80 SEK/den za hospitalizaci

Přibližný kurz: 1 SEK = 3 Kč

úhrada nákladů za platby v hotovosti

Při platbě v hotovosti je nutné uschovat originály účtů, které pak pojištěnec předloží své zdravotní pojišťovně.

4.1.9. Velká Británie

lékařské ošetření

Je potřeba si vybrat lékaře, který má smlouvu s národním systémem zdravotního pojištění. V případě nutné návštěvy lékaře u vás doma, je potřeba požádat, aby tento lékař spadl do systému národního zdravotního pojištění.

nemocniční péče

Doporučení k hospitalizaci vydává ošetřující lékař. V akutních případech je potřeba se obracet pouze na nemocnice, které spadají do národního systému zdravotního pojištění.

léky

V každé lékárně na recept, který vystavil lékař. V případě, že se jedná o osoby osvobozené od spoluúčasti, musí tyto osoby doplnit předtištěné prohlášení na rubu lékařského předpisu.

spoluúčast

- £42,40 (prohlídka + 1 nebo více výplní) za stomatologické ošetření;
- £189 (prohlídka + 1 nebo více výplní + 1 nebo více korunek) za stomatologické ošetření;
- £15,50 za stomatologickou prohlídku, výjimkou jsou těhotné ženy, děti do 16 let a studenti do 18 let;
- £6,65 za recept, výjimkou jsou osoby starší 60 let, děti do 16 let, studenti od 16 do 18 let, těhotné ženy a osoby, které berou speciální léky a mají potvrzení o osvobození od spoluúčasti.

Přibližný kurz: 1£ = 41 Kč

úhrada nákladů za platby v hotovosti

V případě platby v hotovosti, je opět nezbytné ponechat si originály účtů. Ty pak předložit na příslušných úřadech ve Velké Británii.

Pokud nelze poskytnout náhradu ve Velké Británii, je potřeba předložit účty příslušné zdravotní pojišťovně v České republice.

4.1.10. Celkové porovnání

V následující tabulce porovnávám jednotlivé evropské systémy dle výše spoluúčasti pacienta.

Tabulka č.8: Porovnání z hlediska výše spoluúčasti

Výše spoluúčasti	Finsko	Francie	Itálie	Lucembursko	Německo
Lékařské ošetření	308 – 616 Kč	30% nákladů + 28 Kč za výkon	1 012,20 Kč	10 - 20% nákladů	280 Kč za čtvrtletí
Nemocniční péče	728 Kč/den	420 Kč/den	—	320,60 Kč/den	280 Kč/den
Stomatologická péče	980 Kč	—	—	1 196,44 Kč + 5% za výkon	280 Kč za čtvrtletí
Vyšetření na poliklinice	616 Kč	—	—	—	—
Ambulantní chirurgický zákrok	1 016 Kč	—	—	—	—
Léky	280 Kč	35 - 85% nákladů	až 100%	0 - 60%	10% ceny + 280 Kč za předpis
Ambulantní akutní ošetření	—	—	—	—	—
Zdravotnické prostředky	—	—	—	—	—

Výše spoluúčasti	Rakousko	Španělsko	Švédsko	Velká Británie
Lékařské ošetření	—	—	300 – 900 Kč	—
Nemocniční péče	280 Kč/den	—	240 Kč/den	—
Stomatologická péče	—	—	—	1 738,40 – 7 749 Kč
Vyšetření na poliklinice	—	—	—	—
Ambulantní chirurgický zákrok	—	—	—	—
Léky	128,80 Kč za položku na receptu	40%	100% za léky do 2 700Kč 10 – 50% za léky v ceně 2 700 – 12 900 Kč	272,65 Kč za recept
Ambulantní akutní ošetření	—	—	750 Kč	—
Zdravotnické prostředky	10% nákladů (min. 700 Kč)	—	—	—

Údaje v tabulce jsou uvedeny po přepočtu na Kč podle aktuálních kurzů České národní banky k 30.4. 2007.

Dle mého názoru je celkové porovnání jednotlivých systémů zdravotního pojištění z hlediska výše spoluúčasti problematické. Některé státy totiž uvádějí spoluúčast v %, jiné státy v absolutních částkách a lze tedy provést porovnání na základě těchto dvou hledisek. Navíc v některých státech spoluúčast není požadována.

Pokud jde o lékařské ošetření, nejvyšší absolutní částku platí pacienti v Itálii, následuje Švédsko a Finsko. Nejméně připlácí pacienti v Německu s tím, že se jedná o spoluúčast za celé čtvrtletí. Z hlediska spoluúčasti stanovené procentuálně, je nejvyšší sazba ve Francii. Po ní následuje Lucembursko, v ostatních státech je lékařské ošetření zcela bezplatné.

Za nemocniční péči připlácí pacienti nejvíce ve Finsku, pak ve Francii, Lucembursku, stejnou částkou se podílejí v Německu a Rakousku, nejméně platí ve Švédsku. Bezplatná nemocniční péče je v Itálii, Španělsku a Velké Británii.

Porovnání spoluúčasti ve stomatologické péči je velmi komplikované vzhledem k tomu, že se jednak odvíjí od druhu a množství provedených zákroků, jednak je s ohledem na provedené zákroky stanovena buď absolutní částkou, nebo procentuálně, případně kombinací obou způsobů.

Spoluúčast pacienta za vyšetření na poliklinice je požadována pouze ve Finsku, v ostatních zemích je vyšetření bezplatné.

Obdobná situace je v případě ambulantního chirurgického zákroku, kde je poplatek účtován opět pouze ve Finsku.

Různorodý je podíl pacientů na platbách za léky. Opět je problematické porovnání vzhledem k rozdílnému stanovení spoluúčasti. Např. ve Francii je to podle barevného odlišení etikety, v Rakousku podle počtu předepsaných léků na jednom receptu, ve Švédsku je použita procentuální sazba podle ceny atd.

Za ambulantní akutní ošetření je účtován poplatek pouze ve Švédsku, v ostatních státech je zcela zdarma.

Poskytování zdravotnických prostředků je ve všech zemích bezplatné s výjimkou Rakouska.

4.2. Výše úhrad na zdravotní pojištění

Následující podkapitola je zaměřena na porovnání výše úhrad zdravotního pojištění. Fungování zdravotních systémů je v porovnávaných zemích zabezpečeno obdobným způsobem jako v České republice. Jedná se úhrady odváděné jednak zaměstnavateli, jednak zaměstnanci. Další skupiny osob jako jsou např. OSVČ či OBZP, jsou vynechány, neboť ne ve všech systémech zdravotního pojištění tyto skupiny existují.

Tabulka č.9: Porovnání výše plateb (z r.2002)

Výše pojistného	Česká republika	Francie	Lucembursko	Německo
Zaměstnavatel	9%	13,6%	2,6%	6,995%
Zaměstnanec	4,5%	6,8%	2,6%	6,995%
Celkem	13,5%	20,4%	5,2%	13,99%

Výše pojistného	Rakousko	Švédsko	Velká Británie
Zaměstnavatel	3,2 – 4,55%	8,5%	12,8%
Zaměstnanec	3,2 – 4,55%	—	11%
Celkem	6,4 – 9,1%	8,5%	23,8%

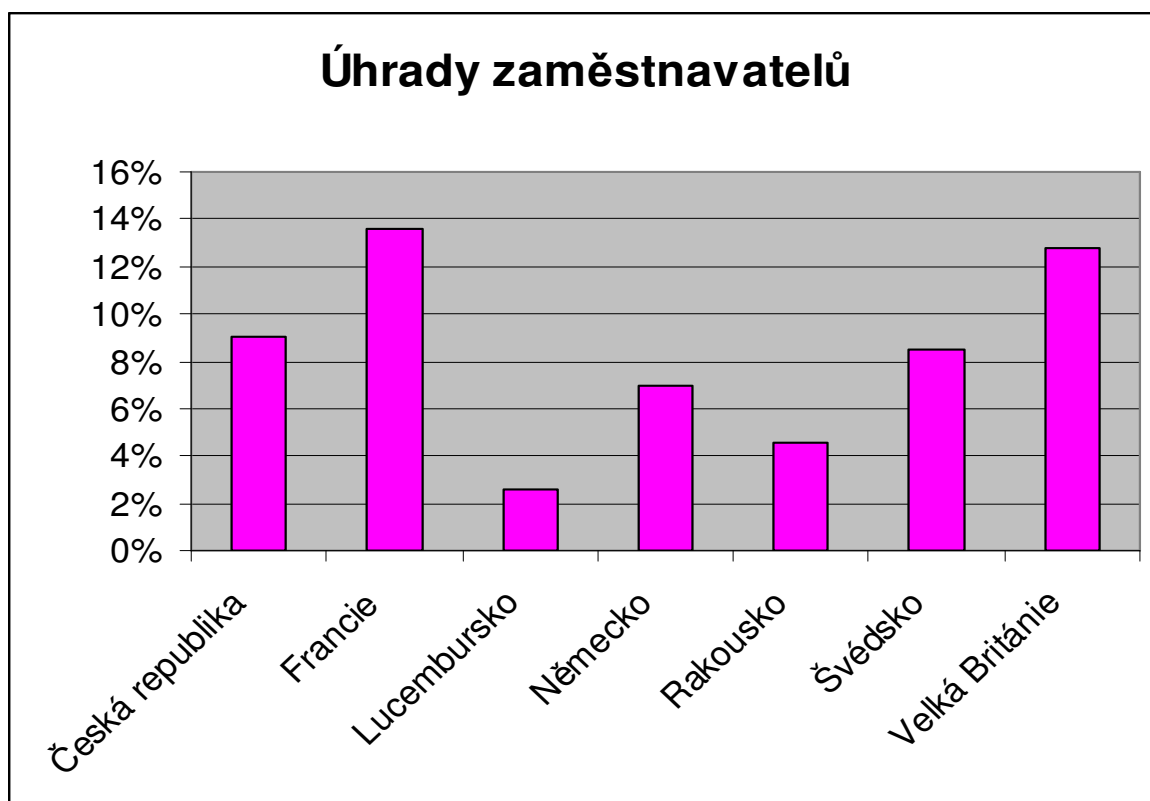
Zdroj: www.businessinfo.cz

Z údajů uvedených v tabulce je patrné, že úhrady zaměstnavatelů jsou buď vyšší, nebo alespoň totožné s platbami zaměstnanců. Nejvyšší podíl úhrady zdravotního pojištění od zaměstnavatelů vykazuje Francie, následuje Velká Británie, Česká republika, Švédsko, Německo a Rakousko. Naproti tomu nejnižší podíl uvedené úhrady je v Lucembursku.

Pokud je porovnáván podíl zaměstnanců na platbách do systému zdravotního pojištění, je nejvyšší ve Velké Británii, poté v Německu, Francii, České republice a Lucembursku. Specificky je řešena výše úhrad zaměstnanců v Rakousku. Funguje zde totiž 25 pojišťovacích fondů a od typu fondu se odvíjí výše úhrad v rozpětí uvedeném v tabulce.

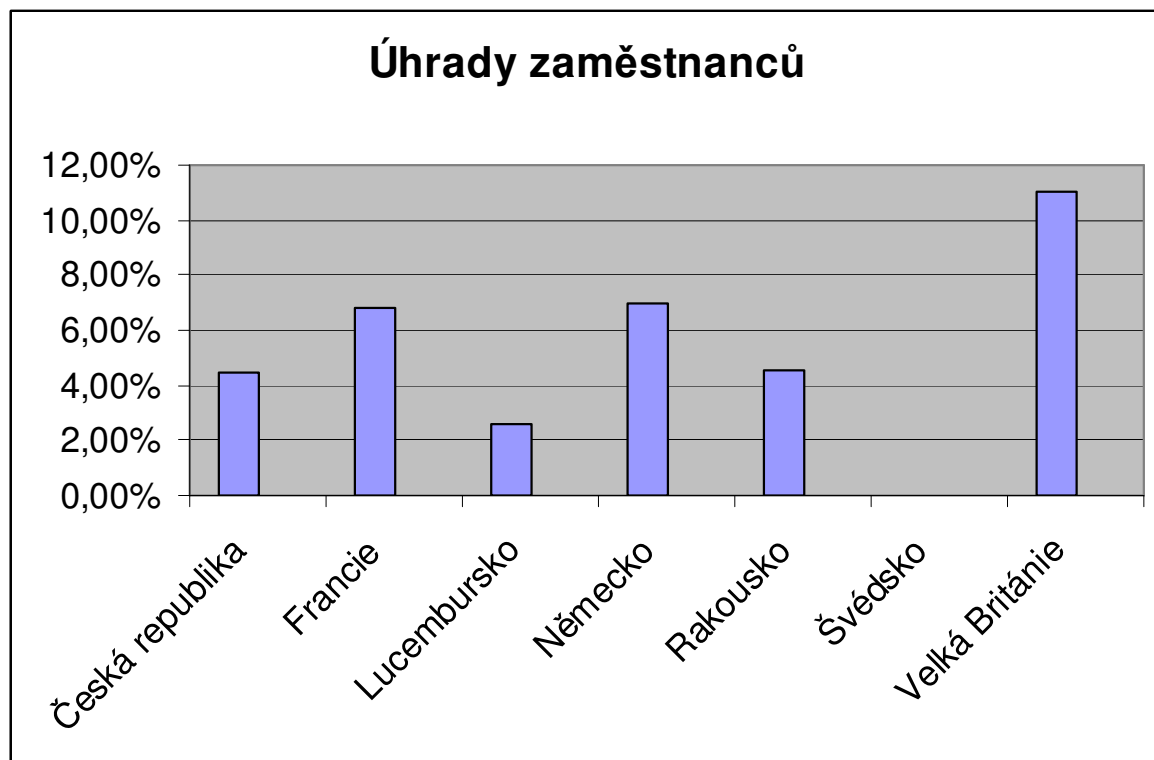
V řadě evropských zemí, např. v Německu, Rakousku, Francii, ale i v dalších zemích kromě povinného zdravotního pojištění funguje i doplňkové soukromé pojištění na komerční bázi. Protože prakticky všechny evropské systémy jsou založeny na spoluúčasti pacientů, umožňuje doplňkové soukromé pojištění úhrady veškerých nákladů na zdravotní péči včetně zmíněné spoluúčasti.

Graf č.5: Výše úhrad zaměstnavatelů

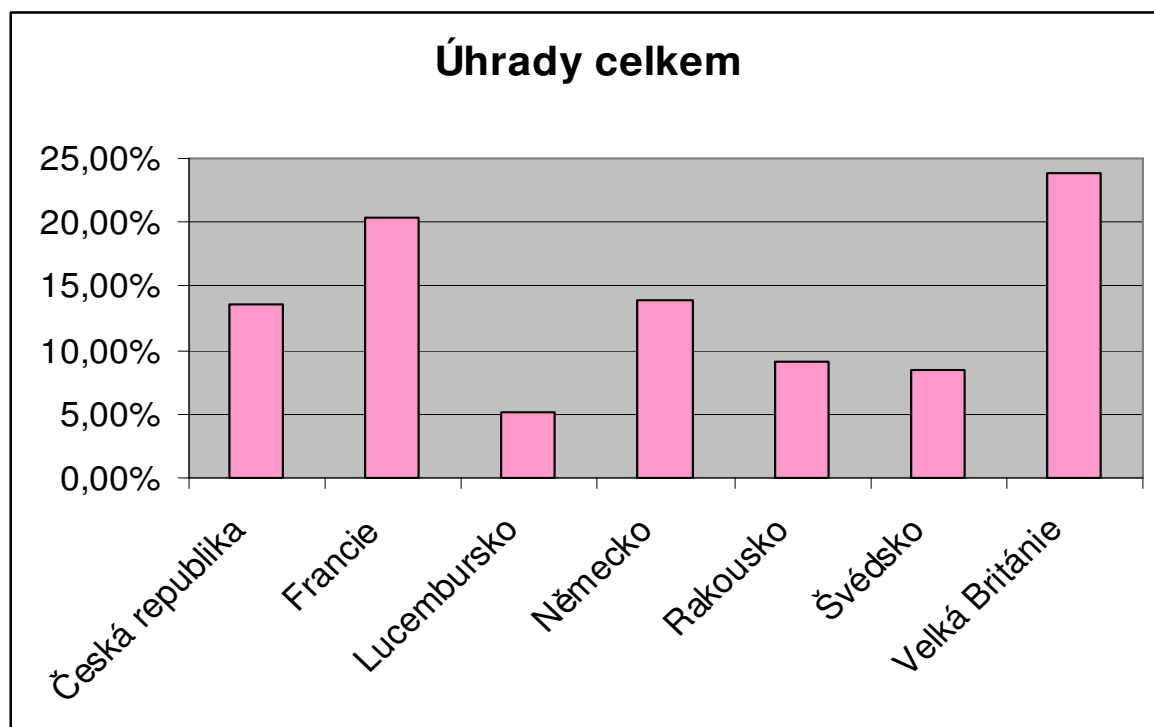


Jelikož Rakousko má výši příspěvků zaměstnavatele rozlišenou dle typu pojišťovacího fondu, použila jsem jako zdrojový údaj pro uvedený graf vyšší procentuální částky, tedy 4,55%. To samé platí i pro následující graf, avšak z pohledu zaměstnance.

Graf č.6: Výše úhrad zaměstnanců



Graf č.7: Celková výše úhrad



4.3. Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP

Podíl výdajů na zdravotnictví na celkovém hrubém domácím produktu je velmi často používaný ukazatel pro mezinárodní srovnání. Avšak je nutné brát tento údaj pouze jako orientační, jelikož vyzdvihuje země, kde je zdravotnictví oproti jiným službám velmi drahé.

Tabulka č.10: Porovnání podílů celkových výdajů na zdravotnictví na HDP

Země	Podíl v %	
	2003	2004
Česká republika	7,4	7,1
Finsko	7,4	7,5
Francie	10,4	10,5
Itálie	8,2	8,4
Lucembursko	7,7	8
Německo	10,9	—
Rakousko	9,6	9,6
Španělsko	7,9	8,1
Švédsko	9,3	9,1
Velká Británie	7,9	8,3

Zdroj: OECD Health Data, červen 2006

Jak vidíme v tabulce, nejnižší podíl vykazuje v roce 2004 Česká republika. Po ní následuje Finsko, Lucembursko, Španělsko, Velká Británie, Itálie, Švédsko a Rakousko. Naproti tomu nejvyšší procentuální podíl, který překračuje hranici 10%, vykazuje Francie.

Přes určité zjednodušené chápání ukazatele podílu výdajů na zdravotnictví na celkovém HDP, lze odvodit, že ekonomicky vyspělejší země vydávají na zdravotnictví vyšší podíl svého hrubého domácího produktu. To souvisí nejen s vyššími cenami za

zdravotní péči, ale také s vyspělejšími technologiemi, postupy a léčivy, které jsou v těchto zemích používány. Rovněž podíl výdajů na zdravotnictví na celkovém HDP nevypovídá o tom, zda jsou prostředky na zdravotnictví efektivně využity.

4.4. Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování

V případě srovnávání evropských systémů z hlediska výdajů na zdravotnictví je poněkud komplikované. Důvodem je rozdílnost financování zdravotnictví v různých zemích.

Tabulka č.11: Porovnání výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování (rok 2004)

Země	Podíl v %			
	Veřejné výdaje celkem	Zdravotní pojištění	Veřejné rozpočty	Soukromé výdaje obyvatelstva
Česká republika	89,2	79,5	9,7	10,4
Finsko	76,6	17	59,6	18,9
Francie	78,3	75	3,3	7,6
Itálie	76,4	0,1	76,3	19,6
Lucembursko	90,4	72,4	18	6,7
Německo	78,2	68,4	9,8	10,4
Rakousko	70,6	49,3	21,3	14,7
Španělsko	70,8	5,2	65,6	23,6
Švédsko	85,5	—	85,5	—

Zdroj: OECD Health Data, červen 2006

Jak lze vyčíst z tabulky, v řadě zemí tvoří významnou část veřejných prostředků na financování zdravotnictví výdaje zdravotního pojištění. Nejvyšší podíl má Česká republika, pak Francie a Lucembursko. Na druhou stranu ve Španělsku, Itálii a Švédsku je podíl zdravotního pojištění zanedbatelný. Zdravotnictví je zde z velké míry financováno z veřejných rozpočtů – tedy z daní.

Dalším zdrojem financování zdravotnictví jsou soukromé výdaje obyvatelstva. Podle výše hodnoty podílu je na tom nejlépe Španělsko. Po něm následuje Itálie, Finsko a Rakousko. Jako další je Česká republika společně s Německem. Mezi státy s nejnižším podílem obyvatelstva patří Francie, Lucembursko a Švédsko.

Můžeme říci, že Česká republika společně s Lucemburskem a Švédskem patří k zemím s vyšším podílem veřejných výdajů na financování zdravotnictví. V České republice jsou rozhodující složkou veřejných financí pro zdravotnictví výdaje zdravotního pojištění, stejně jako ve Francii, Lucembursku a Německu. Svým prozatím nízkým podílem přímých výdajů obyvatelstva na zdravotnictví se Česká republika řadí mezi skupinu zemí s nižší spoluúčastí obyvatelstva. Avšak stále tato spoluúčast není tak nízká jako v Lucembursku a Francii.

4.5. Ekonomika zdravotnictví České republiky

Nástup nových medicínských postupů a přístrojové techniky, založených na moderních informačních technologiích, a rozvoj farmaceutického průmyslu mají pozitivní dopad do ekonomiky z pohledu zaměstnanosti i růstu produkce. Zejména farmaceutický průmysl zaujímá vysoký podíl na tvorbě hrubého domácího produktu nejen v České republice. Tento aspekt přináší zároveň zvyšování výdajů na zdravotnictví, a tím dochází i k růstu podílu výdajů na zdravotnictví na HDP, což lze zároveň chápat jako ukazatel ekonomické vyspělosti daného státu.

Negativně se nejen v České republice projeví demografický vývoj obyvatelstva, kdy vzhledem k prodlužování střední délky života lze postupně očekávat navyšování výdajů na zdravotní péči.

Významným nedostatkem systému zdravotního pojištění je absence vícezdrojového financování zdravotní péče. Veškerá zdravotní péče je financována převážně z jednoho zdroje, a tím je zdravotní pojištění. Minoritní objem na investice a provoz zdravotnických zařízení představují finanční prostředky jejich zřizovatelů a rovněž tak i prostředky ze státního rozpočtu. Dochází tak k financování z prostředků zdravotního pojištění ne pouze za zdravotní péči.

Nízká spoluúčast pojištěnce na poskytované zdravotní péči vede k nadměrnému využívání „bezplatných“ služeb zdravotnických zařízení.

Existuje hustá síť veřejných nemocnic a lékařů, velké množství hrazených léčiv a nadměrná spotřeba zdravotních služeb. S velkým množstvím lékařů souvisí i jejich nedostatečná spolupráce, která následně vede k vyhotovování nadbytečných testů, opakovaným vyšetřením a k vysoké míře návštěv pacientů u specialistů, což vede ke zbytečnému plýtvání finančních prostředků.

Neúměrné plýtvání a špatná koordinace poskytovatelů zdravotní péče a nízká zainteresovanost pojištěnců má za následek nedostatek finančních prostředků ve zdravotnictví. Bez přistoupení k řešení tohoto problému bude docházet ke značnému zadlužování systému veřejného zdravotního pojištění a k nedostatku zdrojů pro finanční krytí závažných onemocnění.

Významným faktorem, který ovlivňuje ekonomiku zdravotnictví v České republice, je problém stárnutí populace a růst nároků na zdravotní péči. Jelikož stát platí pojistné na veřejné zdravotní pojištění za určité skupiny lidí, kam patří také důchodci, zvyšující se počet starších lidí sebou přináší i vyšší výdaje ze státního rozpočtu. V České republice na rozdíl od některých evropských zemí neexistuje zástupná platba, tudíž stát nese zatížení za ekonomicky neaktivní obyvatelstvo.

REFORMA NAVRHOVANÁ MINISTREM ZDRAVOTNICTVÍ

Poplatky navrhované ministrem zdravotnictví MUDr. Tomášem Julínkem, MBA:

návštěva u lékaře 30 Kč

- týká se návštěv praktického lékaře i ambulantního specialisty;
- v rámci jednoho onemocnění a několika kontrol by se mělo platit za každou návštěvu zvlášť.

recept 30 Kč

- jde o poplatek za jednu položku na receptu; lékař by mohl vystavit maximálně dvě položky na jednom receptu.

za den hospitalizace 60 Kč

- týká se nejen nemocnic, ale také odborných léčebných ústavů, lázní, dětských léčeben a ozdravoven;
- částku by platil i průvodce dítěte;
- den hospitalizace a den propuštění by se počítaly jako jeden den.

pohotovostní služba 90 Kč

- týká se zdravotnických zařízení poskytujících službu první pomoci a ústavní pohotovostní službu;
- poplatek by se nehradil v případě následné hospitalizace pacienta.

roční limit regulačních poplatků a doplatků na léky 5 000 Kč

- nevztahuje se na poplatky za hospitalizaci a za pohotovost;
- nevztahuje se na doplatky za vitamíny;
- do limitu se počítají doplatky na léky jen v rozsahu doplatku na nejlevnější lék se stejnou účinnou látkou.

výjimky z placení poplatků

- děti do 3 let;
- pacienti s ochranným léčením nařízeným soudem;
- pacienti s nařízenou izolací při léčení infekčních onemocnění;

- poplatku u lékaře jsou zbaveni pacienti při preventivních prohlídkách, hemodialýze, laboratorním a diagnostickém vyšetření nebo vyšetření při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně.

Dle mého názoru by tyto poplatky mohly vést ke zlepšení situace ve zdravotnictví. Potřeba spoluúčasti pacienta je z ekonomického hlediska potřebná, jelikož většina výdajů na zdravotní péči jde zdravotního pojištění. Avšak výběr poplatků s sebou přináší velkou náročnost z hlediska administrativy.

VLASTNÍ NÁVRHY

- 1) Úprava plateb pojistného jako motivace k prevenci.
- 2) Zřídit jednu nebo více státních pojišťoven, které by hradily základní zdravotní péči. Dále by existovaly soukromé zdravotní pojišťovny, u kterých by bylo možné sjednat soukromé pojištění, jež by krylo náklady za nadstandardní péči.
- 3) Poskytnout zdravotním pojišťovnám možnost konkurovat si např. různými doplňkovými balíčky.
- 4) Definovat co bude kryto ze zdravotního pojištění, aby byly finance na nákladnou zdravotní péči.
- 5) Sjednotit nemocenské a zdravotní pojištění, což přinese jednotný systém kontroly revizních lékařů.

ZÁVĚR

Moje diplomová práce je zaměřena na problematiku zdravotního pojištění v České republice. Nejprve jsem provedla charakteristiku našeho systému, která zahrnovala kromě jiného postavení pojištěnců, jejich práva a povinnosti a otázku týkající se plateb pojistného na zdravotní pojištění jednotlivými skupinami pojištěnců. Již zde bylo zřejmé, že na rozdíl od většiny evropských zemí, má stát v našem systému významnou roli, což mě vedlo k tomu, abych se orientovala na postavení českého systému zdravotního pojištění s ohledem na situaci v této oblasti ve vybraných státech Evropy.

K přiblížení systému zdravotního pojištění jsem uvedla základní informace o zdravotních pojišťovnách v České republice, jejich historii, organizační strukturu a způsob fungování. Hlavně zde šlo o to ukázat jakou část pojistného trhu zaujímají jednotlivé zdravotní pojišťovny a jistě není překvapující, že přední místo z tohoto hlediska zaujímá Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Dle mého názoru je to mimo jiné dáno i tím, že jde o pojišťovnu s nejdelší tradicí, nehledě na to, že její činnost je upravena i zákonem týkajícím se pouze této pojišťovny.

Pokud jde o zdravotní pojištění a jeho fungování v evropských zemích, překvapilo mě, že spoluúčast pacientů je na rozdíl od České republiky zcela běžným jevem, což mě vedlo i k tomu, abych porovнала evropské systémy z hlediska výše spoluúčasti a posoudila postavení Čechů v rámci zahraničních systémů.

Tak, jak jsem se v průběhu zpracovávání své diplomové práce seznamovala s problematikou zdravotního pojištění, postupně jsem dospěla k názoru, že v současnosti velmi diskutovaná reforma ministra zdravotnictví MUDr. Tomáše Julínka, MBA je pro veřejnost nepopulární, avšak pro zdravotnictví nezbytná. Otázkou zůstává, zda všechny předložené návrhy skutečně přispějí ke zkvalitnění a zejména k zefektivnění fungování zdravotnictví. Překvapil mě např. návrh na výběr poplatků při návštěvě lékaře či platba za každou položku na receptu s tím, že vybrané částky zůstanou k dispozici lékařům či lékárníkům, což dle mého názoru není systémovým řešením. Výběr navrhovaných poplatků navíc zvýší administrativní náročnost aniž by se zvýšil tok finančních prostředků

do systému zdravotního pojištění. Naopak si myslím, že zavedení poplatků při hospitalizaci v nemocnicích je opodstatněné a pokládám tento návrh za správný.

Cílem mé diplomové práce bylo jednak zhodnocení systému zdravotního pojištění v České republice, jednak provést porovnání s vybranými evropskými systémy. Domnívám se, že systém v České republice je značně liberální, což není v porovnávaných evropských státech obvyklé. U nás je převážná část zdravotní péče hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Tento systém však velmi zatěžuje ekonomiku, protože spoluúčast pacientů je minimální. I když k této situaci významnou měrou přispívá důsledné dodržování Listiny základních práv a svobod, ve které je zakotveno poskytování bezplatné zdravotní péče, bude jistě nezbytné jít v této oblasti stejným směrem jako v okolních vyspělých evropských zemích, tzn. zvýšit spoluúčast pacientů, samozřejmě na únosnou míru, a tím přispět k vyšší efektivnosti celého systému zdravotnictví.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala doc. Ing. Evě Ducháčkové, CSc. z katedry pojišťovnictví a Ing. Darině Ulmanové, MBA ředitelce Zaměstnanecké pojišťovny Škoda za pomoc při vypracování mé diplomové práce. Poděkování také patří mým rodičům za vytvoření podmínek a poskytnutou podporu.

SEZNAM LITERATURY

1. Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
2. Zákon č.592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění
3. Zákon č.280/1992 Sb., o resortních, oborových a dalších zdravotních pojišťovnách
4. Zákon č.551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně
5. ÚZIS (1996 – 2000): Zdravotní ročenka České republiky 1995 – 1999, Praha, ÚZIS
6. www.sasp.cz
7. www.cmu.cz
8. www.szpcr.cz
9. www.uzis.cz
10. www.businessinfo.cz
11. www.cnzp.cz
12. www.hzp.cz
13. www.ozp.cz
14. www.rbp-zp.cz
15. www.vozp.cz
16. www.vzp.cz
17. www.zpskoda.cz
18. www.zpmvcr.cz
19. www.isea-cz.org